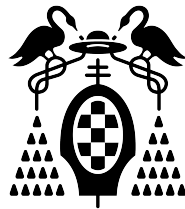


Tesis Doctoral

**Epidemiología de la Psicoterapia en Una Red Compleja
de Atención a la Salud Mental en las Áreas 3 y 9 de la
Comunidad de Madrid a Partir del Registro Acumulativo
de Casos Psiquiátricos (RACP)**



Universidad de Alcalá

2014

Autor: Claudio Cabrera Velázquez

Director: Alberto Fernández Liria

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

PATRONES DE USO DE LA PSICOTERAPIA: Revisión de la información disponible

- 1.1 Planteamiento del problema.
- 1.2 Prevalencia de la psicoterapia.
- 1.3 Quién desempeña el tratamiento.
- 1.4 Características sociodemográficas de los pacientes que reciben psicoterapia.
- 1.5 Características de salud de los pacientes que reciben psicoterapia .
- 1.6 Duración de los episodios de psicoterapia.
- 1.7 Uso de psicofarmacología.
- 1.8 Sobre los costes.
- 1.9 Estudio de satisfacción.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

- 2.1 Objetivos de la investigación.
- 2.2 Hipótesis de trabajo.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

- 3.1 Aspectos éticos.
- 3.2 Diseño del estudio.
- 3.3 Procedencia de los datos.
 - 3.3.1 Procedimiento de recogida de datos por parte de los profesionales.
 - 3.3.2 Manejo informático de los datos.
 - 3.3.3 Información disponible.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

- 4.1.1 Número de pacientes incluidos. Distribución por áreas de salud.
- 4.1.2 Distribución de los pacientes por género.
- 4.1.3 Distribución etaria de los pacientes incluidos.
- 4.1.4 Parámetros estadísticos sobre la población: edades.
- 4.1.5 Distribuciones por géneros y edades.
- 4.1.6 Distribución de los estados civiles de la población.

4.2 ESTUDIO DE LOS CONTACTOS PSICOTERAPÉUTICOS:.

- 4.2.1 Definición. Distribución de los contactos por área de salud.
- 4.2.2 Frecuencia de contactos psicoterapéuticos.
- 4.2.3 Frecuencias relativas sobre otras modalidades de atención.
- 4.2.4 Frecuencia de diferentes tipos de psicoterapia.
- 4.2.5 Distribución por área de salud de atención psicoterapéutica.
- 4.2.6 Distribución por dispositivos de la atención.
- 4.2.7 Contactos psicoterapéuticos: distribución por género.
- 4.2.8 Contactos psicoterapéuticos: distribución por estados civiles.
- 4.2.9 Diagnósticos en los contactos psicoterapéuticos.
- 4.2.10 Frecuencia relativa de contactos psicoterapéuticos por diagnósticos.
- 4.2.11 Diagnóstico y género.
- 4.2.12 Diagnóstico y estado civil.
- 4.2.13 Contactos psicoterapéuticos por diagnóstico, género y estado civil.

4.3 CONTACTOS PSICOTERAPÉUTICOS: DISTRIBUCIÓN ANUAL.

- 4.3.1 Contactos globales por años.
- 4.3.2 Contactos psicoterapéuticos por años.
- 4.3.3 Terapia individual: distribución anual.
- 4.3.4 Terapia de grupo: distribución anual.
- 4.3.5 Terapia de pareja/familiar: distribución anual.

4.4 CONTACTOS PSICOTERAPÉUTICOS: DISTRIBUCIÓN MENSUAL

4.4.1 Contactos globales por meses.

4.4.2. Psicoterapia individual por meses del año

4.4.3. Terapia de grupo por meses del año

4.4.4 Terapia de pareja /familiar por meses del año y área de salud

4.5 ENTRADAS PERDIDAS: DISTRIBUCIÓN CUANTITATIVA Y CRONOLÓGICA.

4.6 ESTUDIO DE LOS EPISODIOS

4.6.2 Definición y visión general

4.6.2 Cantidad de episodios por paciente. Cómputo de pacientes globales.

4.6.3 Duración de los episodios

4.6.4 Cantidad de pacientes por magnitud de los episodios en número de contactos.

4.7 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO PSICOTERAPIA

4.7.1 Número absoluto de pacientes que han tenido al menos un contacto de psicoterapia.

4.7.2 Pacientes con psicoterapia en al menos un contacto: distribución por área de salud.

4.7.3 Pacientes con psicoterapia: distribución por género.

4.7.4 Pacientes con psicoterapia: grupos etarios.

4.8 DENSIDAD DE PSICOTERAPIA

4.8.1 Proporción de veces que se ha recibido psicoterapia durante los sucesivos contactos.

4.8.2 Proporción de psicoterapia durante los sucesivos contactos considerada por área de salud.

4.8.3 Número de pacientes por densidad de psicoterapia y género.

4.8.4 Número de pacientes de cada grupo etario distribuido por densidades de psicoterapia.

4.8.5 Proporción de cada grupo etario dentro del total de las diferentes densidades de psicoterapia.

4.8.6 Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia.

4.8.6.1 Expresada en cifras totales.

4.8.6.2 Expresada en proporciones.

4.8.7 Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia
Área 3.

4.8.7.1 Expresado en cifras Globales. Área 3.

4.8.7.2 Expresado en proporciones. Área 3.

4.8.7.3 Seccionado por densidades de psicoterapia. Área 3.

4.8.8 Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia.
Área 9.

4.8.8.1 Expresada en cifras totales. Área 9.

4.8.8.2 Datos en proporcional. Área 9.

4.8.8.3 Seccionado por densidades de psicoterapia. Área 9.

4.8.9 Distribución por géneros de la densidad de psicoterapia

4.8.9.1 Mujeres Absoluto.

4.8.9.2 Mujeres proporcional.

4.8.9.3 Mujeres desglosado por densidades de psicoterapia.

4.8.9.4 Hombres absoluto.

4.8.9.5 Hombres proporcional.

4.8.9.6 Hombres desglosado por densidades de psicoterapia.

5. DISCUSIÓN

5.1 Frecuencia de contactos psicoterapéuticos.

5.2 Distribución por área de salud.

5.3 Contactos psicoterapéuticos: distribución por géneros.

5.4 Contactos psicoterapéuticos: distribución por estados civiles.

5.5 Frecuencia de diferentes tipos de psicoterapia.

5.6 Distribución de la psicoterapia por Distritos de la Atención.

5.7 Total de prestaciones que incluyen psicoterapia por diagnóstico.

5.8 Proporción de contactos que incluyen psicoterapia por categorías diagnósticas.

5.9 Diagnóstico y género de los contactos psicoterapéuticos.

5.10 Diagnóstico, estado civil y género.

- 5.11 Distribución temporal de la asistencia psicoterapéutica.
- 5.12 Distribución mensual de los contactos.
- 5.13 Distribución cuantitativa y cronológica de las Entradas Perdidas.
- 5.14 Estudio de los episodios.
- 5.15 Género de los pacientes.
- 5.16 Rangos etarios de los pacientes que reciben psicoterapia.
- 5.17 Densidad de psicoterapia.
- 5.18 Densidad de psicoterapia por géneros.

6. CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

PATRONES DE USO DE LA PSICOTERAPIA

Revisión de la información disponible

1.1 Planteamiento del problema.

La cartera de servicios del SNS incluye la psicoterapia como una prestación del sistema¹, entendiéndose como tal todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, relaciones, cogniciones, adaptación al entorno, salud física y psíquica, integración de la identidad psicológica y en general el mejor equilibrio y bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia². Una de las alternativas de ahorro que se están discutiendo para afrontar la crisis consiste en recortar la cartera de servicio en ciertas prestaciones que resultan aparentemente menos rentables o eficientes que otras, entre las cuales la psicoterapia resulta posicionarse con cierta desventaja por la escasez de estudios en cuanto a su patrón de aplicación y rentabilidad³: no hay en la actualidad información fiable sobre cómo se está utilizando la psicoterapia en el SNS.

La psicoterapia es una forma de intervención en salud mental de uso frecuente y ha demostrado una eficacia superior al placebo, superior a la ausencia de tratamiento, ha demostrado aumentar la efectividad de la farmacoterapia cuando se aplican concomitantemente⁴.

Se pretende con el presente estudio aportar información sobre la Epidemiología de la Psicoterapia a lo ya existente sobre este tema, que es poco. La cantidad de investigación en este sentido ha sido bastante discreta, y los resultados escasos, aún habiendo vigencia irrefutable de las ventajas que ofrecen los tratamientos psicoterapéuticos en el tratamiento de muchos trastornos psiquiátricos: pueden hacer que los pacientes mejoren antes en ciertos contextos cuando se combina con la medicación, que la mejoría sea más duradera en el tiempo, que exista una redundancia económica positiva derivada del uso de la psicoterapia, y un amplio abanico de ventajas que se podrían obtener de su uso sistemático.

Existe muy poca información sobre los patrones de uso de la psicoterapia en la comunidad. Actualmente hay menos de 20 referencias bibliográficas al respecto, que provienen de EEUU, Reino Unido, Francia, Omán y Alemania. Nos encontramos con los habituales hándicaps a la hora de estudiar la psicoterapia, como ya mencionamos anteriormente: la deficiencia de criterios unificados en cuanto a las técnicas aplicadas,

que hacen que los resultados estén sujetos a cierta inconsistencia metodológica. Por otra parte lo que se cuantifica como psicoterapia, muchas veces no se trata verdaderamente de un tratamiento psicoterapéutico. Muchas otras veces se menciona que tratamientos psicoterapéuticos correctamente administrados, no son recogidos adecuadamente para su posterior análisis estadístico.

Los primeros estudios a este nivel se vienen realizando desde los 80. En estos primeros acercamientos a la materia llevados a cabo por Olfson et al. en EEUU, no se disponía de registros concretos sobre los actos psicoterapéuticos en sí mismos, por lo que se hizo extensivo el uso del concepto de “visitas de salud mental” al concepto de psicoterapia, sin que tal analogía sea completamente acertada^{5 6}. Se recababan datos de encuestas llevadas a cabo sobre la comunidad, directamente sobre los usuarios. Es poco realista pretender que se disponga de datos sobre el tipo de tratamiento llevado a cabo, si la fuente de información es el propio usuario.

Brugha⁷ si hace desde el Reino Unido una matización entre psicoterapia en general, psicoterapia cognitivo conductual, terapias asociadas a la música, arte o psicodrama, entrenamiento en habilidades sociales, counselling y otro tipo de terapias.

Ha sido de utilidad contar con la revisión de Freitas⁵ sobre esta misma materia, pero su año de publicación hizo necesario extender la revisión al último período de tiempo: ciertamente, la cantidad de información añadida es muy discreta.

Se deduce de la poca información disponible que no ha existido mucho empuje hacia el estudio de este tipo de tratamientos. No he encontrado hasta el momento ningún tipo de cuestionario diseñado para recabar datos epidemiológicos sobre el uso de la psicoterapia.

Sin duda, sería algo deseable un registro de datos sobre los tratamientos psicoterapéuticos, de la misma forma que se registra sobre otro tipo de actos médicos.

1.2 Prevalencia de la psicoterapia

Sobre la prevalencia de la psicoterapia en las poblaciones nos fundamentamos en los trabajos realizados en EEUU (Olfson et al.), Francia (Kovess et al.), Reino Unido (Brugha et al.) Fundamentan sus estudios en encuestas llevadas a cabo sobre la población y no en registros de casos clínicos, para luego hacer inferencia sobre la globalidad de las poblaciones.

Las prevalencias de uso de la psicoterapia en las poblaciones generales estudiadas por Olfson, en los EEUU, fueron de **3,06%**, **3,59%** y **3,18%** en 1987, 1997 y 2007 respectivamente⁵, con encuestas referidas a un año de uso de recursos psicoterapéuticos. Esto significa que la prevalencia se ha mantenido estable, con cambios no significativos sobre las cifras globales, durante las décadas explicitadas.

En 2002 Olfson comenta que la prevalencia del uso de la psicoterapia desde 1987 a 1997 no había cambiado en su población de estudio, pero si se había observado un aumento relativo entre personas de 55 a 64 años, personas desempleadas y de las clases sociales más desaventajadas y de aquellos que utilizaban psicofarmacología⁸. Esta información se refirió al período estudiado de 12 meses, comparando dos fuentes de encuestas (1987 National Medical Expenditure Survey and the 1997 Medical Expenditure Panel Survey)

Kovess objetiva que la prevalencia a lo largo de la vida es mayor que la prevalencia a lo largo de un año referida por Olfson ⁵ (**7%** para los hombres y **15,1%** para las mujeres a lo largo de la vida tomado de Briffault, y de **5%** a **11,5%** a lo largo de la vida tomado de Kovess) y mayor esta a su vez que la encontrada para un momento puntual (**1,07%** y **1,90%** por Brugha y **1,69%** en el estudio de Kovess), lo cual tiene lógica por ser más probable presentar terapia durante toda la vida que durante un año y a su vez que en un momento puntual.

Autor	Uso de psicoterapia	Contactos Psicoterapia	Sujetos encuestados	Prevalencia
Brugha 2004	puntual	133	12.370	1,07%
Brugha 2004	puntual	254	12.792	1,9%
Kovess 2007	puntual	136	8.061	1,69%
Olfson 1994	12 meses	931	38.446	3,06%
Olfson 2002	12 meses	1174	32.636	3,59%
Olfson 2010	12 meses	933	29.370	3,18%
Kovess and Briffault 2007	durante la vida	759	6.624	11,5%
Kovess 2007	durante la vida	418	8.061	5,19%

Tabla Adaptada de Freitas ⁵

1.3 Quién desempeña el tratamiento

Se refiere que cuando ha sido posible cuantificar la administración de tratamientos psicoterapéuticos, los contactos psicoterapéuticos eran relativamente más prevalentes en las consultas de psicólogos (**31,6%**) que en psiquiatras (**23,9%**), u otros profesionales de la salud mental (**25,2%**) según la población de Olfson. Sí llama la atención que en otros países el tratamiento psicoterapéutico sea administrado por profesionales que no son médicos o psicólogos, cuando en España esto aún no está regulado. En Francia se hace mención a la necesidad de regularización legal de estos tratamientos por el uso irregular que se hace de los mismos, donde profesionales no formados la practican sin regulación⁹.

De manera global en los estudios de Olfson, se observó que en 1987 el **90,7%** de la psicoterapia fue impartida por profesionales de la salud mental: cuando se detalla el tipo de profesional, se obtiene que el **90,7%** de los contactos fueron llevados a cabo por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales de salud mental, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de salud mental ⁶. Ocasionalmente, se puede llevar a cabo la

psicoterapia por parte de profesionales no exclusivamente de salud mental, como son médico general u otros profesionales. Nosotros no hemos podido disponer de esta información para nuestro estudio, pero sí lo encontramos interesante.

Se mostró más frecuente la psicoterapia individual sobre la de grupo o familiar, y sobre los tipos de psicoterapia existe una fuerte predominancia del eclecticismo/ integrativas sobre los abordajes psicoterapéuticos¹⁰.

1.4 Características sociodemográficas de los pacientes que reciben psicoterapia

En todos los estudios se refiere una mayor probabilidad de recibir psicoterapia en el sexo femenino. Los estudios de Olfson han revelado en su población de 931 pacientes que recibieron psicoterapia que se trataba de fundamentalmente mujeres blancas de alto nivel educacional, entre 35-49 años, divorciadas o separadas ⁶. Diez años más tarde se llevó a término otro estudio por los mismos autores, manteniéndose la información del primero, pero aumentó la proporción de pacientes que consultaban por causas de alta gravedad a nivel psiquiátrico, del **7,4%** al **20,9%**, así como un aumento en personas de 55 a 64 años y en personas desempleadas.

El perfil de usuario se ha mantenido estable entre 1998 y 2007: mujeres, personas de mediana edad, solteros/as y en desempleados.

Olfson describe que la probabilidad de recibir psicoterapia es mayor en personas con más de 16 años de educación, y de raza blanca^{6, 10}. El alto nivel de educación ha sido relacionado con la mejor aptitud para reconocer en uno mismo la presencia de dolencias psicológicas, por lo que se podría facilitar para estos sujetos la demanda de atención psicoterapéutica¹¹.

El perfil de usuario de la psicoterapia según Kovess coincide parcialmente con aquél encontrado por Olfson: mujeres, de edad media de la vida, con 2 años de estudios superiores al menos, aunque discrepan en el estado civil encontrándose en este estudio principalmente personas casadas. Hicieron una interesante mención al hecho de que el perfil de usuario de psicoterapia variaba en función de la comorbilidad, de manera que en personas sin enfermedades mentales diagnosticadas el perfil es de mujeres, de 40 a 49

años, separados, sin que se observe relación con el nivel educacional. Si existen diagnósticos psiquiátricos establecidos, no se encuentran cambios en la prevalencia de la psicoterapia asociados al sexo o a la edad, siendo mas prevalente en solteros con mayor nivel de educación¹².

Existe un estudio de la epidemiología de la Psicoterapia se ha llevado a cabo en Oman, entre los años 2009 y 2010 con un número bajo de pacientes (N=133) ¹³. En este estudio se refiere un uso mayoritario del sexo femenino, de 18 a 34 años, empleadas, con menos de 12 años de educación, solteros y casados (más que separados o divorciados) Se sugiere que la mayor prevalencia del sexo femenino se deba a la dificultad para pedir ayuda de este tipo estos por parte del sexo masculino en la sociedad de Omán: sin embargo, el sexo femenino es constantemente más consumidor de psicoterapia a lo largo de los estudios. Se refiere una preferencia sobre las clases menos educadas en el uso de psicoterapia en Omán. Este último factor viene acompañado del hecho de haber una sanidad gratuita y universal para toda la población de Omán, sobre lo cual se sugiere una posible relación causal. Lo cierto es que se ofrece el dato de que la psicoterapia para personas desempleadas se encuentra en aumento, dato que se refiere también en publicaciones de la población de EEUU entre los años 1987 a 1997⁸.

Al hacer una subdivisión de las características sociodemográficas en función de la duración de los episodios, se observan diferencias entre los pacientes de manera que aquéllos pacientes que hacen episodios de mayor duración son menos frecuentemente casados y de mayor nivel de educación¹⁰. En los estudios de Olfson se hace la siguiente clasificación en función de la duración de la psicoterapia, en lo que nosotros denominamos episodios de psicoterapia:

- 1-2 visitas: muy corta duración: **33,9%**
- 3-10 visitas: duración corta: **37 %**
- 11-20 visitas: duración moderada: **13,4%**
- 21 visitas o más: larga duración: **15,7%**

Se expone que las personas que hacen episodios de mayor duración tienen una ligera tendencia a ser solteros y con alto nivel de educación. Estos pacientes que hacen episodios de mayor duración, resultan tener mayores niveles de morbilidad general, son más medicados y más ingresados en instituciones psiquiátricas.

De manera global los episodios de duración corta los que mayor proporción representan¹⁰.

Briffault encuentra en Francia un perfil de uso de la psicoterapia similar al establecido en otros estudios, haciéndose más frecuente en mujeres, de 40 a 49 años de edad, separadas o divorciadas⁹, encontrando que la existencia de trastornos mentales son un potente indicador del uso de psicoterapia.

Se encuentra que las personas separadas y divorciadas presentan una mayor probabilidad de recibir psicoterapia en los EEUU ^{8 6}, pero no en la serie de pacientes estudiada en Omán, donde los casados y los solteros son los principales usuarios de psicoterapia.

Existen pocas variaciones observadas de la prevalencia de la psicoterapia en función de la ocupación o los ingresos económicos⁶.

1.5 Características de salud de los pacientes que reciben psicoterapia

Ha sido en dos publicaciones donde se ha hecho referencia a los niveles de salud encontrados en los pacientes de psicoterapia^{6, 10}.

a) Características de Salud General

Se refiere en los estudios de Olfson que las personas que consideran su estado de salud como “bajo” en cuanto a variables no psiquiátricas tienen el doble de probabilidades de recibir psicoterapia, y de más larga duración, comparados con aquéllos que consideran tener una salud “excelente”. Desde 1987 a 1997 se objetivó una disminución del uso de la psicoterapia en casos en que las condiciones de salud no se habían especificado⁸. También aquéllos que presentan incapacidad laboral tienen más probabilidad de recibir un tratamiento psicoterapéutico⁶. Los niveles de salud general “bajos” resultan más frecuentes en episodios de mayor duración de psicoterapia.

b) Características de Salud Mental

Todos los estudios hasta el momento revelan una importante asociación entre la presencia de diagnósticos psiquiátricos y el recibir psicoterapia, siendo la principal razón del uso de la psicoterapia el hecho de padecer un diagnóstico psiquiátrico según Olfson, de los cuales el **75%** correspondían a trastornos de ansiedad, depresivos o trastornos adaptativos. Los principales diagnósticos en Omán resultan ser los trastornos de ansiedad (Fobias, TOC, TOC + comorbilidad derivada, otros trastornos de ansiedad suponen el 42,09% de los contactos psicoterapéuticos , cuando los trastornos depresivos suponen el 21,8%). Del 87 al 98 aumentaron las consultas psicoterapéuticas debidas a alteraciones del estado de ánimo, pero disminuyeron aquéllas consultas debidas a una causa “no especificada” según comenta Olfson.

Desde 1987 a 1997 se observó un aumento de la psicoterapia para los desarreglos del estado de ánimo. Se comentan como posibles causas de esta tendencia al alza la disminución de la estigmatización, las respuesta incompletas a tratamientos farmacológicos y la preferencia de pacientes sobre tratamientos psicoterapéuticos⁸.

En ciertas poblaciones estudiadas se ha observado una disminución en el uso de los tratamientos psicoterapéuticos¹⁴ para el tratamiento de los cuadros depresivos: concretamente entra 1998 y 2007 se objetivó que sólo el **43,1%** de los pacientes en la población encuestada recibían algún tipo de psicoterapia para el tratamiento de sus trastornos depresivos. Existen otras referencias a nivel nacional en EEUU que confirman este porcentaje, ofreciendo datos sobre un **44,4%**¹⁵ de personas diagnosticadas de Trastorno Depresivo Mayor que sí recibieron psicoterapia. Esta información se obtuvo con encuestas entre los años 2001 y 2003. Son tendencias a la baja que se hacen más notables en ciertos colectivos: adultos desempleados, personas de raza hispana (cuando se han mantenido estables para la raza Afro Americana), adultos con menos de 12 años de educación, y beneficiarios de Medicaid. Este declive en el uso de la psicoterapia en la década estudiada no está claramente explicado: se postula que puede ser debido a un aumento en el uso de psicofármacos, dificultades para acceso a tratamientos psicoterapéuticos en ciertos sectores sociales (razones económicas, falta de psicoterapeutas en las localidades). Aunque se ha revelado que los pacientes diagnosticados de depresión tienen cierta preferencia por los tratamientos

psicoterapéuticos¹⁶, y ha quedado sobradamente demostrada su eficacia en el tratamiento de la depresión, sola o en combinación.

Briffault indica que la presencia de más de un diagnóstico es un predictor de recibir un tratamiento psicoterapéutico, siendo el doble de frecuente entre los pacientes en psicoterapia el padecer más de un diagnóstico que uno solo (**20,3%** vs **39%**)⁹ .

Aumentó durante la última década el número de pacientes con psicoterapia haciendo episodios de menos de 20 contactos que padecían trastornos mentales serios⁸.

Para Kovess las causas mas frecuentes en psicoterapia fueron depresión, angustias y alteraciones del sueño. En las mujeres principalmente se encontraron síntomas depresivos, alteraciones del sueño y alteraciones de la conducta alimentaria: en los hombres fundamentalmente síntomas obsesivos y consumo de alcohol y tabaco¹²

1.6 Duración de los episodios de psicoterapia

Duración media de los episodios de psicoterapia era 4-8 visitas. Se denotaron diferencias entre patrones de uso en psicoterapias de larga evolución y de corta evolución: las psicoterapias en episodios muy cortos o cortos se aplicaban fundamentalmente en un encuadre de atención primaria como coadyuvante para condiciones médicas como cefaleas, lumbalgias y otras condiciones agravadas por el estrés y eran aplicados por profesionales no específicos de salud mental. Los episodios largos fueron administrados por profesionales especializados en salud mental, para el tratamiento de depresión, ansiedad y otras condiciones de salud mental fundamentalmente.

El número medio de contactos por paciente de psicoterapia 9,67 en 1998 a 7,92 en 2007 al año¹⁷.

Se observó una relación entre la duración de los episodios y la administración de psicofármacos y de la existencia de ingresos hospitalarios, sugiriendo una mayor gravedad de los pacientes que hacen episodios largos de psicoterapia. En este análisis, la raza afroamericana, ancianos, aparecían como menores consumidores de psicoterapia de larga evolución.

1.7 Uso de psicofarmacología

El **31%** de los usuarios de psicoterapia reportan uso de psicofármacos en los estudios de Olfson, de los cuales el **16%** han usado ansiolíticos y algo menos reportan el uso de antidepresivos.

Dos estudios indican el aumento del uso de psicofarmacología^{7, 8}, tanto en EEUU como en el Reino Unido. En EEUU pasan de **31%** en 1987 a **61%** en 1997, a expensas fundamentalmente del uso de antidepresivos, al igual que se reporta sobre Reino Unido.

De 1998 a 2007 se observa un aumento de los pacientes que son tratados exclusivamente con psicofármacos (**44,1%** a **57,4%**), y una disminución de los pacientes que son tratados con tratamiento combinado (de **40%** a **32,1%**)¹⁴.

La probabilidad del uso de la psicofarmacología presenta asociación con la duración de la psicoterapia ⁶, siendo la medicación más probable en pacientes que hacen episodios de larga duración.

Un estudio refiere en Francia que el **77%** de los pacientes en psicoterapia tomaron al menos una vez algún tratamiento psicofarmacológico, donde no se detalla qué tipo de tratamiento ni cuánto ni cuándo, si antes o después de la psicoterapia. ¹²

1.8 Sobre los costes

En este trabajo no se hacen referencias a los estudios de coste de la psicoterapia en la población estudiada, sin embargo sí existen referencias en la literatura entorno a este punto. Layard³ señala en sus publicaciones la idoneidad de aplicar tratamientos psicoterapéuticos a pacientes afectados de cuadros depresivos unipolares, resultando un ahorro económico dado el enorme lastre sociolaboral y por ende monetario que resulta de la frecuencia y consecuencias de este padecimiento. Refiere un brillante plan por el cual instaurando centros específicos para este fin, los profesionales (5000 psicólogos y 5000 trabajadores sociales o enfermeros) que abordasen esta cuestión se amortizarían rápidamente a sí mismos, por la mejoría que permite a los pacientes incorporarse antes a su vida laboral. Por su parte Clark ¹⁸, y en referencia a este tema, menciona los resultados

de dos centros pilotos (en Doncaster y Newham, Reino Unido) en esta estrategia de tratamiento psicoterapéutico de la depresión. Se obtiene una recuperación sintomática en el **55-56%** de los pacientes que acudieron al menos dos veces, y una mejora en el estado laboral en el **5%** de los pacientes. Además, y de manera congruente con la literatura (mayor duración de los beneficios obtenidos cuando hay un tratamiento psicoterapéutico implicado), la mejoría pareció mantenerse durante los 10 meses posteriores.

Habría sido muy deseable tener medidas sobre el impacto económico de la psicoterapia con los datos de este estudio, pero nos es inviable realizar tales análisis con el contenido de nuestra base de datos.

1.9 Estudio de satisfacción:

Sólo en Francia ^{9, 12} se hacen encuestas de la satisfacción, encontrándose que porcentajes variando de **60%** a **82,4%** de los usuarios reconocen que la psicoterapia había resultado de gran ayuda.

2. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO

2.1 Objetivos.

OBJETIVO

Conocer la distribución de las prestaciones de psicoterapia entre las ofertadas por los servicios de salud mental estudiados y cuáles son los factores que determinan que ésta sea practicada precisamente con aquellos pacientes que la reciben.

Este objetivo se desglosa en los siguientes objetivos operativos:

- **Objetivo 1:** estudiar la presencia de la psicoterapia como prestación en los servicios de Salud Mental de las Áreas 3 y 9 de la Comunidad de Madrid desde 1986 hasta 2005 .
- **Objetivo 2:** establecer paralelismo entre nuestros hallazgos y la literatura hasta el momento publicada.
- **Objetivo 3:** identificar posibles factores causales de la variabilidad de aplicación de la psicoterapia durante el período estudiado y en las áreas estudiadas.
- **Objetivo 4:** cuantificar la asistencia psicoterapéutica en las áreas de salud 3 y 9 de la Comunidad de Madrid desde 1986 hasta 2005.
- **Objetivo 5:** identificar qué modo de aplicación de la psicoterapia resulta más frecuente.
- **Objetivo 6:** identificar patrones estacionales en la aplicación de la psicoterapia.
- **Objetivo 7:** observar la tendencia a lo largo del período estudiado en la cantidad de asistencia psicoterapéutica con respecto a la asistencia no psicoterapéutica.
- **Objetivo 8:** medir la cuantía de pacientes que han recibido psicoterapia en el período estudiado.

- **Objetivo 9:** identificar qué características sociodemográficas tienen los pacientes que han recibido psicoterapia.

2.2 Hipótesis de trabajo

HIPÓTESIS:

La psicoterapia es una prestación frecuentemente practicada, su indicación responde sobre todo a criterios clínicos y no hay gran variabilidad en la medida en la utiliza en los diferentes servicios estudiados.

Para poner a prueba esta hipótesis se ha desglosado en las siguientes hipótesis operativas:

- **Hipótesis 1:** la psicoterapia es una prestación de uso común en la práctica estándar los servicios de salud mental.
- **Hipótesis 2:** su uso se corresponde con el esperable en base a lo que se sabe sobre mejores prácticas clínicas disponibles.
- **Hipótesis 3:** su uso no está muy afectado por la variabilidad clínica y no depende de quienes son los profesionales que trabajan en cada momento dado en cada dispositivo, ni de los diferentes dispositivos, ni de las áreas de salud (3 ó 9) en las que se lleve a cabo la asistencia.

De manera paralela, pretendemos ofrecer información sobre las siguientes hipótesis:

En cuanto a la cantidad y modalidades de psicoterapia, nos planteamos las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 4:** la cantidad de asistencia psicoterapéutica en el período estudiado resulta congruente con la literatura hasta el momento publicada.

- **Hipótesis 5:** la psicoterapia individual resulta la más frecuente modalidad de aplicación de la psicoterapia.

Por disponer de fechas en los registros de asistencia psicoterapéutica, nos planteamos al siguiente hipótesis:

- **Hipótesis 6:** Aunque existe un patrón estacional, el uso de servicios psicoterapéuticos ha permanecido estable a lo largo del período de observación.
- **Hipótesis 7:** existe una lógica en la proporción de contactos psicoterapéuticos y contactos no psicoterapéuticos disfrutados por pacientes a lo largo del tiempo.

Sobre los pacientes que reciben psicoterapia

- **Hipótesis 8:** La proporción de pacientes que han recibido psicoterapia es congruente con la literatura hasta el momento publicada.
- **Hipótesis 9:** Las características sociodemográficas de los pacientes que han recibido psicoterapia son congruentes con la literatura hasta el momento publicada.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Aspectos éticos

En ningún caso se accedió ni extrajo información que permitiera identificar a los pacientes, cumpliendo los requisitos de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal por lo que toda la información obtenida está sujeta al deber y derecho de secreto profesional y ha sido tratada con absoluta confidencialidad, manteniendo el anonimato de los participantes en el actual estudio, y se mantendrá en cualquier publicación a la que el trabajo pudiera dar lugar.

3.2 Diseño del estudio

Disponemos para nuestro estudio de la asistencia prestada a todos los pacientes atendidos en los Servicios de Salud Mental de las áreas de salud 3 y 9 de la Comunidad de Madrid desde el momento del inicio de los registros informáticos (1986 en el Área 9 y 1990 en el Área 3), hasta el 31 de diciembre de 2005. Las Áreas 3 y 9 tenían una población de 321.576 y 380.230 habitantes, respectivamente. Los registros estudiados contienen información asistencial sobre unos 50.000 y 80.000 pacientes, respectivamente. La información se ha recabado a través del RACP (Registro acumulativo de casos psiquiátricos) y se ha almacenado en archivos informáticos para su manejo.

3.3 Procedencia de los datos.

Se pretende hacer un estudio estadístico descriptivo sobre la epidemiología de la psicoterapia en la Comunidad de Madrid a partir de los datos recogidos en el RACP correspondiente a las Áreas 3 y 9 de la Comunidad de Madrid. El RACP es un registro acumulativo de datos psiquiátricos definido como: fichero longitudinal de pacientes, pertenecientes a una población definida, que recoge los contactos que éstos tienen con un conjunto definido de servicios psiquiátricos¹⁹. Se dispone de los datos provenientes de la RACP de los años 1986 hasta 2006 en el Área 9 y 1990 a 2006 en el Área 3.

3.3.1 Procedimiento de recogida de datos por parte de los profesionales

El registro madrileño se concibe para ser soportado en una red de ordenadores personales situados en cada uno de los 34 servicios de salud mental de distrito y de los dispositivos del área (Unidades de Urgencias-Hospitalización, Unidades de Rehabilitación), conectados mediante modem telefónico con un ordenador de área al que drenarían toda la información no vinculada a datos personales (que se conservan en un registro separado). En este registro de área es posible relacionar la información correspondiente a cada caso en cada uno de los dispositivos a través del número de identificación, así como detectar las asistencias prestadas a casos de fuera del área. A su vez, los registros de área tendrían que verter parte de su información al registro central.

El procedimiento estándar consistió en recoger en cada ordenador de los centros de distrito toda la información referente al contacto (datos del paciente y de la asistencia prestada) y volcar periódicamente al ordenador del área los datos recogidos. Gracias a la creación de claves autonómicas por parte del programa, no fue necesario remitir datos que puedan identificar a los usuarios, pues se envía sólo el número que permite cruzar la información. Los datos personales del paciente se introducían sólo en su primer contacto, estando ya disponibles para los siguientes.

Se define **contacto** como cualquier atención dispensada por un dispositivo de salud mental a un paciente identificado. Un dispositivo es cada servicio, unidad, o centro que provee cuidados de salud mental especializada. Cuando se introduce un contacto de un paciente ya conocido, el sistema lo reconoce e introduce los datos ya disponibles.

De los registros acumulados, se define como registro válido todo aquel que cumple los siguientes criterios:

-**Del paciente:** debe incluir un identificador (habitualmente el número de historia), sexo y fecha de nacimiento.

-**Del contacto:** debe incluir el identificador del paciente, la fecha y el dispositivo donde tiene lugar.

Se definen:

-Registro no válido: aquél que no cumple las condiciones para ser considerado como registro válido.

-Registro incompleto: incluye los datos mínimos para ser válido, pero faltan otros (por ejemplo, el nivel educativo, o el diagnóstico).

Una vez dotado cada recurso de un ordenador conectado al registro del área, la necesidad técnica está cubierta, cada centro tuvo entonces que buscar el personal que se encargara de la manipulación de los datos y su inclusión en el programa.

Se esquematiza en la siguiente imagen la procedencia de los datos¹⁹.



La plantilla de recogida de datos es la siguiente y es utilizada en los Dispositivos de Atención por los Facultativos:

Servicio Regional de Salud

DISPOSITIVO _____

FECHA _____ (Escribir en la forma DDMMAA)



Comunidad de
Madrid

Consejería
de Salud

FICHA DE IDENTIFICACION

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

CALLE Y NUMERO _____

POBLACION _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO _____

MODIFICACION ☐

(Marcar con una "X"
si es modificación)

HOJA DE DATOS INICIALES

DISPOSITIVO _____ N.º Historia Clínica _____ Fecha apertura H.C. _____

CODIGO IDENTIFICACION

Sexo (V-M) _____ Iniciales nombre y apellidos _____

Día Mes Año
Fecha de nacimiento

En nombre o apellidos compuestos,
usar siempre el primero.

ESTADO CIVIL

- Soltero = S
- Casado = C
- Viudo = V
- Divorciado = D
- Separado = X

TIPO DE CONVIVENCIA

- Solo = 01
- Con cónyuge = 02
- Con pareja (sin matrimonio) = 03
- Con padres = 04
- Sólo con padre = 05
- Sólo con madre = 06
- Con hijos = 07
- Con otros familiares = 08
- En institución = 09
- Adopción = 10
- Otros = 11

NIVEL EDUCACIONAL

- Analfabeto = 1
- Sin estudios = 2
- Enseñanza Primaria, Titulos 1.º Grado = 3
- Titulos 2.º Grado, 1.º Ciclo = 4
- Titulos 2.º Grado, 2.º Ciclo = 5
- Titulos 3.º Grado, 1.º Ciclo = 6
- Titulos 3.º Grado, 2.º Ciclo = 7
- Titulos 3.º Grado, 3.º Ciclo = 8
- Titulos no clasificables por grados = 9

COBERTURA SANITARIA

- S. Social = 1
- CAMF = 2
- Sin cober. pública = 3
- Otras = 4

CODIGO SECTORIAL

PROCEDENCIA

(Para cumplimentar estos dos datos mirar las codificaciones correspondientes)

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

- Ambulatorios = A
- Hospitalización = H

OCUPACION O PROFESION

- Profesionales y Técnicos = 1
- Directivos y Gerentes = 2
- Personal Servicios Administrativos = 3
- Comerciantes y Vendedores = 4
- Hostelería, Servicios y Seguridad = 5
- Agricultura y Ganadería = 6
- Personal Industria, Construcción y Transportes = 7
- Ocupaciones no bien especificadas = 8
- Profesionales Fuerzas Armadas = 9

SITUACION LABORAL

- Cumpliendo Servicio Militar = 01
- Trabajando = 02
- Buscando su primer empleo = 03
- Parado (no primer empleo) con subsidio = 04
- Parado (no primer empleo) sin subsidio = 05
- Retirado, jubilado, pensionista = 06
- Rentista = 07
- Escolar = 08
- Dedicándose labores hogar = 09
- Incapacidad laboral transitoria = 10
- Incapacidad permanente para el trabajo = 11

ESCOLARIZACION

- Asiste guardería = 1
- No asiste guardería = 2
- Está en edad escolar, no escolarizado = 3
- Escolarizado en el curso correspondiente a su edad = 4
- Escolarizado pero retrasado en el curso = 5
- Abandono = 6

ORIGEN DE DEMANDA

- Familia = 1
- Escuela = 2
- Médico = 3
- Institución = 4
- Petición propia = 5
- Otros = 6

DATOS PADRE

Situación laboral

Ocupación

Niv. educacional

Fecha nacimiento

DATOS MADRE

Situación laboral

Ocupación

Nivel educacional

Fecha nacimiento

VER CODIGOS ARIPIA

- N.º HERMANOS

- LUGAR EN LA FRATRIA

EJEMPLAR PARA EL CENTRO

De cada hoja de registro se dispone de:

- 1) Fecha del contacto
- 2) Dispositivo donde se realiza la atención.
- 3) Identificación de la historia clínica del paciente.
- 4) Tipo de prestación
- 5) Modalidad de atención
- 6) Atención en grupos: tipos de atención en grupo.
- 7) Diagnósticos
- 8) Profesional que realiza la atención
- 9) Sexo, iniciales y fecha de nacimiento del paciente.

Cada jornada, los clínicos rellenan unas fichas en las que constan los datos referentes a la atención prestada. El mismo día en que se rellenan, el personal de cada dispositivo introduce la información recogida en las fichas pacientes atendidos. Cuando un paciente acude de nuevo al mismo dispositivo, ya no es necesario introducir sus datos personales, el programa los almacena y crea una clave para identificar a ese paciente. Cada intervención realizada conlleva que se anote en el registro qué paciente se benefició de ella y en qué fecha, también distingue entre tipos de intervención.

Al acceder al programa, se pide al usuario que introduzca el código del dispositivo en el que quiere modificar o consultar algún registro. El programa está pensado para que desde cada centro se introduzca la información relativa al mismo. Dentro de cada dispositivo, las opciones que permite el programa son las mismas, pudiendo modificar o incluir datos relativos tanto a los pacientes como a sus contactos.

La inclusión de un paciente nuevo en el registro conlleva como primer paso marcar su número de historia clínica. Si el programa la reconoce como existente se lo indica al usuario para que modifique ese registro en vez de incluir uno nuevo. Si el número de historia es nuevo para ese dispositivo, se accede a la inclusión de datos del paciente.

En los dispositivos de hospitalización completa o parcial, se cumplimenta una ficha de ingreso que contiene información sobre las circunstancias del mismo (fecha, hora, acompañantes, tipo jurídico de ingreso, procedencia, etc.) y sobre el diagnóstico, y una

FICHA DE ALTA	
INGRESO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Fecha de ingreso </div> <div style="width: 45%;"> N.º Historia </div> </div>
PROCEDENCIA 	<div style="text-align: right; padding-right: 10px;"> CODIGO IDENTIFICACION </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <div style="width: 30%;"> Sexo (V-M) </div> <div style="width: 40%;"> Iniciales nombre y apellidos </div> <div style="width: 30%;"> Fecha de nacimiento <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.7em;"> </div> </div> </div> <p style="font-size: 0.7em; text-align: center;">En nombre o apellidos compuestos, usar siempre el primero</p>
Fecha de alta 	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> MOTIVO DEL ALTA <ul style="list-style-type: none"> - Fin de Estudio = 01 - Fin de Estudio y Derivación = 02 - Fin de Tratamiento = 03 - Fin de Tratamiento y Derivación = 04 - Alta Voluntaria = 05 - Abandono = 06 - Derivación = 07 - Muerte = 08 - Suicidio = 09 - Cambio de Residencia = 10 - Ruptura Contrato Terapéutico = 11 </div> <div style="width: 45%;"> <div style="text-align: right; padding-right: 10px;"> DERIVACION </div> <div style="text-align: right; padding-right: 10px;"> DIAGNOSTICO FINAL 1 </div> <div style="text-align: right; padding-right: 10px;"> DIAGNOSTICO FINAL 2 </div> </div> <div style="font-size: 0.7em; padding-top: 10px;"> <p>- La codificación de "DERIVACION" es la misma que la de "PROCEDENCIA"</p> <p>- Los diagnósticos según la ICD 9.ª, OMS</p> </div> </div>
ALTA	EJEMPLAR PARA EL CENTRO

De los datos incluidos dentro del RACP los concernientes a nuestra investigación son aquellos que nos permiten relacionar de forma significativa el tipo de atención psicoterapéutica prestada y una serie de variables sociodemográficas, clínicas y de uso de los servicios disponibles.

3.3.2 Manejo informático de los datos

La manipulación informática de los datos fue llevada a cabo por el personal administrativo de cada centro. En algunos dispositivos, el registro funciona como parte integrada en la gestión de las historias clínicas, pues el programa permite recoger el estado de las mismas (quién tiene la custodia en cada momento, donde se almacenan y una clave para su recuperación).

Los datos recogidos en el RACP se almacenan informáticamente en una aplicación específica que emplea ficheros .dbf para soportar los datos. Programado en Clipper en 1984 por el servicio de informática de la Comunidad de Madrid, realizándose dos versiones más (la 3.0, terminada en 1991 es la utilizada hasta hoy). Fue diseñado para ejecutarse en el sistema operativo MS-DOS, lo que permite que se pueda utilizar en cualquier ordenador personal (PC) con muy poca potencia de procesamiento. En ese momento, no se concebía el uso de múltiples aplicaciones compatibles entre si, de modo que el programa fue diseñado pensando en que pudiera realizar todas las tareas de gestión y análisis de datos. Sin embargo, en la actualidad contamos con mucha más capacidad de procesamiento de datos, por la modernización constante de los sistemas informáticos en cuanto a hardware y software.

Se optó por exportar los datos extraídos del RACP a un entorno de bases de datos relacionales, empleando Microsoft Access®. A continuación se diseñó un programa que permitía agrupar los contactos en episodios según los criterios decididos por los investigadores. La conversión de los ficheros, depuración y unificación de registros en una tabla maestra de pacientes y una tabla de contactos fue realizada por un informático: la síntesis de estos archivos fue llevada a cabo gracias a una beca del FIS número 05-90207 que permitió la traducción de los datos recabados a determinados formatos informáticos. A raíz de esta conversión de los datos, se dispone de 3 archivos que contienen la totalidad de la información recopilada.

Estos tres archivos son los siguientes:

- 1) Un archivo que contenía los contactos, con un total de 1.444.677 contactos desde 1.986 a 2.005 en el Área 9 y desde 1.990 a 2.005 en el Área 3. Queda definido en el RACP el “contacto” del paciente con la Red Asistencial de Salud Mental como cualquier atención dispensada por un dispositivo de salud mental a un paciente identificado.
- 2) Un archivo que contenía las identificaciones de los pacientes: depurando la base quedaron un total de 134.148 pacientes, de los cuales 90.257 pacientes han sido válidos para obtener y relacionar información.
- 3) Un archivo donde se encontraban un total de 191.937 episodios: un episodio es un conjunto de contactos que no distan entre sí más de 180 días. Esta última tabla no nos fue de gran utilidad, porque al tenerla ya de antemano sintetizada fue informáticamente inviable saber en qué episodios hubo psicoterapia y en cuales no, por lo que se tuvo que hacer una nueva tabla de episodios “de novo” que contuviera la información requerida para nuestro estudio.

Posteriormente los datos en Access fueron trasladados al programa SPSS 20.0®. Observamos que para la enorme cantidad de datos el SPSS le faltaban recursos y versatilidad por lo que los informáticos utilizaron el programa denominado R® que es un entorno y lenguaje informático para el tratamiento estadístico y representación gráfica de grandes cantidades de datos. Este utilísimo programa es gratuito y se puede ejecutar en todas las plataformas: Linux, Mac y Windows.

Para cada una de las demandas que el estudio presentaba se diseñó un algoritmo específico, un script, que ejecutaba la tarea para lo que específicamente fue diseñado. Este minucioso y imprescindible trabajo fue realizado por dos Doctores de la Facultad de Matemáticas de Las Palmas de Gran Canaria.

3.3.3 Información disponible

De cada contacto se dispone de más de 29 variables de las cuales los siguientes datos nos son útiles para la investigación:

1) Fecha del contacto.

-Tiene relevancia a la hora de distribuir los contactos por meses y años.

2) Dispositivo de atención.

Disponemos de los registros asistenciales de los siguientes Dispositivos de Atención. Hemos subrayado aquéllos en los que se ha llevado a cabo una asistencia con psicoterapia. Dentro de la base de datos vienen codificados por la siguiente lista de códigos, a los cuales les corresponde el subsiguiente dispositivo:

Área 3:

- 2258: Servicios de Salud Mental de Torrejón de Ardoz
- 2259: Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares
- 2287: Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares 2 - Infanto Juvenil
- 2288: Programa de Seguimiento de Alcalá de Henares
- 2289: Servicios de Salud Mental Torrejón 2 - Infanto Juvenil
- 2290: Programa de Seguimiento de Torrejón
- 2291 y 2296: Interconsulta Hospital Príncipe de Asturias
- 2292: Centro de Día Área 3
- 2295: Pisos Protegidos 1
- 2603: Centro de Rehabilitación e Integración Social Alcalá de Henares.
- 5270: Hospital Psiquiátrico de Madrid 3.

Área 9:

- 100: Servicio de Agudos Área 9
- 200: Hospital de Rehabilitación
- 300: Minirresidencia
- 400: Piso tutelado
- 500: Centro de Salud Mental Leganés
- 600: Centro de Salud Mental Fuenlabrada
- 700: Centro de Rehabilitación Psicosocial
- 800: Hospital de día Área 9

Tiene relevancia a la hora de saber qué dispositivos de atención concretos presentan mayor tasa de tratamientos psicoterapéuticos y es trascendente a la hora de mostrar las distribuciones por área de salud.

3) **Modalidad de Atención Ambulatoria**, que vienen en las siguientes variables:

Es la variable fundamental que nos va a determinar si ha habido o no tratamiento psicoterapéutico, y qué subtipo de tratamiento psicoterapéutico. Viene codificada en diferentes variables en función del área de salud, ya sea 3 ó 9:

En el **Área 3** la variable se denomina: TMODATE. (Modalidad de Atención)

1. Tratamiento farmacológico
2. Psicoterapia individual
3. Psicoterapia de Grupo
4. Psicoterapia de Familia
5. Psicoterapia de Pareja
6. Atención a personas relacionadas
7. Tratamiento combinado + tratamiento farmacológico
8. Otras Combinaciones
9. Grupos de Apoyo
10. Consulta Terapéutica
11. Entrevista con padres
12. Trabajo Social.

Se considera “Tratamiento psicoterapéutico” a los datos denominados como 2, 3, 4, 5 y 7.

Hemos agregado el “Tratamiento combinado + tratamiento farmacológico” a la psicoterapia individual, puesto que es cuando se lleva a cabo un tratamiento psicoterapéutico más psicofarmacológico.

En el **Área 9** la variable se denomina: Procedimiento 1.

1. Coordinación con profesionales
2. Administración de pruebas psicológicas
3. Entrevista de evaluación
4. Consulta no especificada
5. Entrevista con padres
6. Tratamiento farmacológico
7. Urgencia
8. Psicoterapia de juegos
9. Terapia verbal de apoyo
10. Psicoterapia individual
11. Terapia de pareja o familia
12. Terapia de grupo
13. Entrevista con otros
14. Coordinación con interconsulta
15. Atención a personas relacionadas
16. Acompañamiento

Hemos considerado “Tratamiento psicoterapéutico” las categorías 9, 10, 11 y 12.

Hemos añadido la “Terapia verbal de apoyo” a la categoría de “Psicoterapia Individual” a efectos de la cuantificación.

La “Psicoterapia de juegos” en la categoría 8, ha presentado un total de 9 registros en 20 años, por lo que la hemos obviado para el análisis.

4) **Grupo diagnóstico:** variable en la que se ofrecen 14 categorías diagnósticas para facilitar el manejo de los datos. El diagnóstico es trascendente para observar posibles relaciones entre tipo de prestación y tipo de patología. Estas 14 categorías diagnósticas son:

- 0 = Sin diagnóstico
- 1 = Esquizofrenia
- 2 = Otras psicosis
- 3 = Psicosis afectivas
- 4 = Trastornos de la personalidad
- 5 = Trastornos de ansiedad
- 6 = Depresión
- 7 = T uso de sustancias
- 8 = Trastornos orgánicos
- 9 = Otros Ttnos Neuróticos
- 10 = Ttnos de la alimentación
- 11 = Ttnos adaptativos
- 12 = Retraso Mental
- 13 = Códigos V
- 14 = Ttnos de la Infancia
- 15 = Otros

Para considerar el grupo diagnóstico hemos atendido al que figuraba en el inicio cronológico de los episodios.

5) **Información sociodemográfica de los pacientes**, donde se incluyen la edad, el sexo, el estado civil.

Es necesario saber qué características tiene la población que estudiamos, y también es de gran importancia para saber qué características sociodemográficas tienen los pacientes que han hecho tratamientos psicoterapéuticos.

6) Ingresos Hospitalarios y utilización de los Servicios de Urgencia.

Tenemos tabulados de la siguiente manera los entornos donde se llevó a cabo al asistencia sanitaria, en la variable “TipoAsis”, que viene con los siguientes significados:

1. CADU: Consulta de Adultos
2. CINF: Consulta de niños (Infantil)
3. CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial
4. CSEG: Consulta de seguimiento (Enfermería)
5. H_AGU: Ingresos en la planta
6. HDIA: hospital de día
7. H_REH: Hospitalización de rehabilitación
8. H_RES: Residencia (Pacientes de perfil crónico)
9. INTH: Interconsulta Hospitalaria
10. PISO: Piso tutelado
11. URGE: Urgencias Hospitalarias

Posteriormente al análisis informático se procede a la tabulación y representación gráfica de los resultados, así como a su interpretación.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

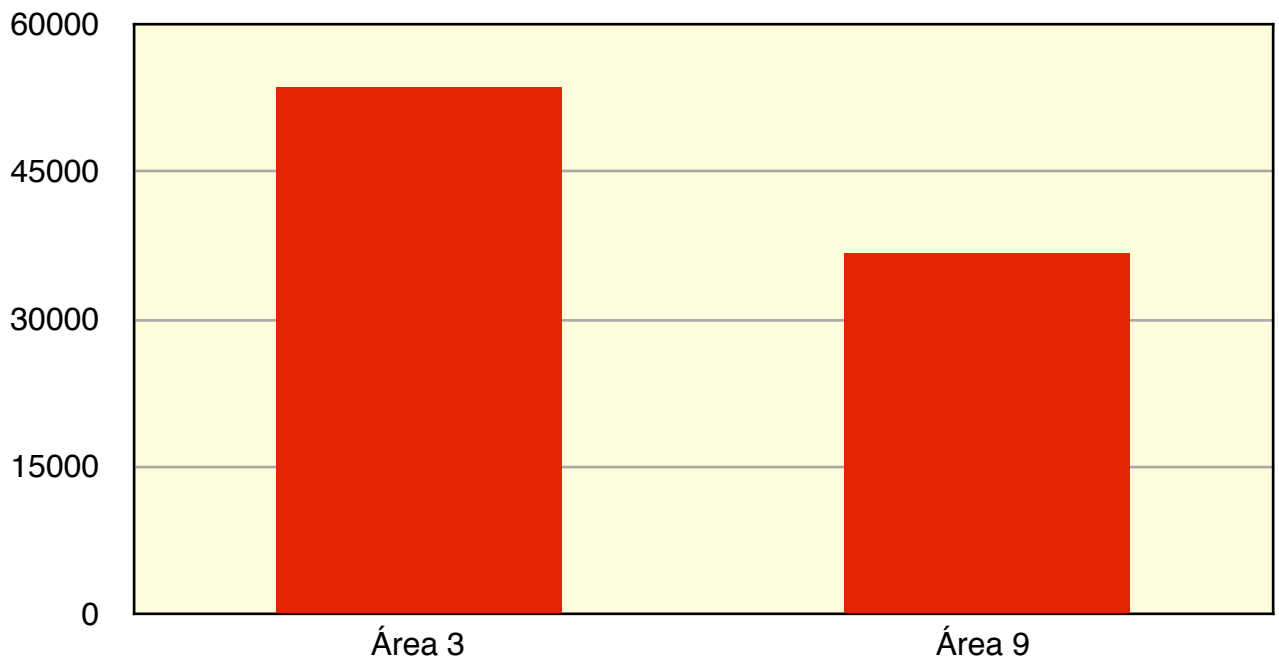
4.1.1 Número de pacientes incluidos. Distribución por área de salud.

Analizaremos un total de 90.257 pacientes incluidos en la base de estudio, sobre los cuales se obtiene la siguiente distribución por área de salud:

Área 3	Area 9	Total
53573	36684	90257
59,3561%	40,6439%	100%

Distribución de los pacientes por área de salud.

■ Distribución de pacientes por Áreas de Atención.

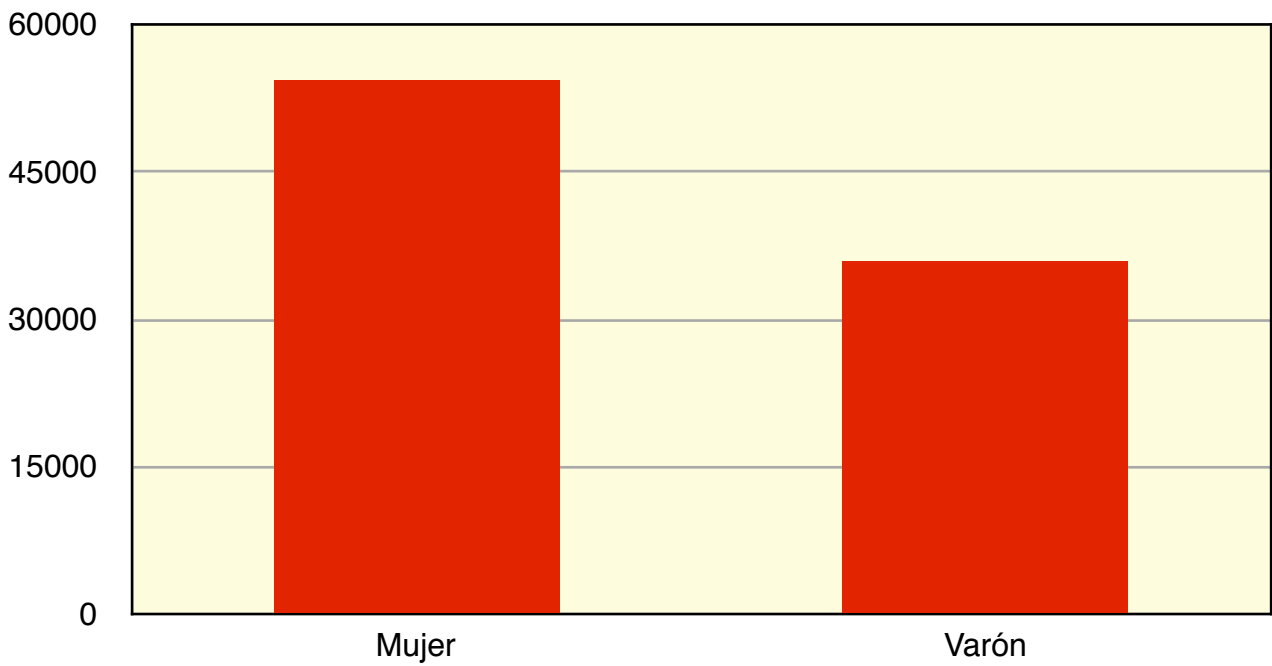


Distribución de los pacientes por área de salud.

4.1.2 Distribución de los pacientes por género.

Sexo	Frecuencia	Proporción
Mujer	54300	60,1782%
Varón	35932	39,8218%
Perdidos (sin sexo)	25	0,027%
Total	90257	

Distribución de los pacientes por Género.



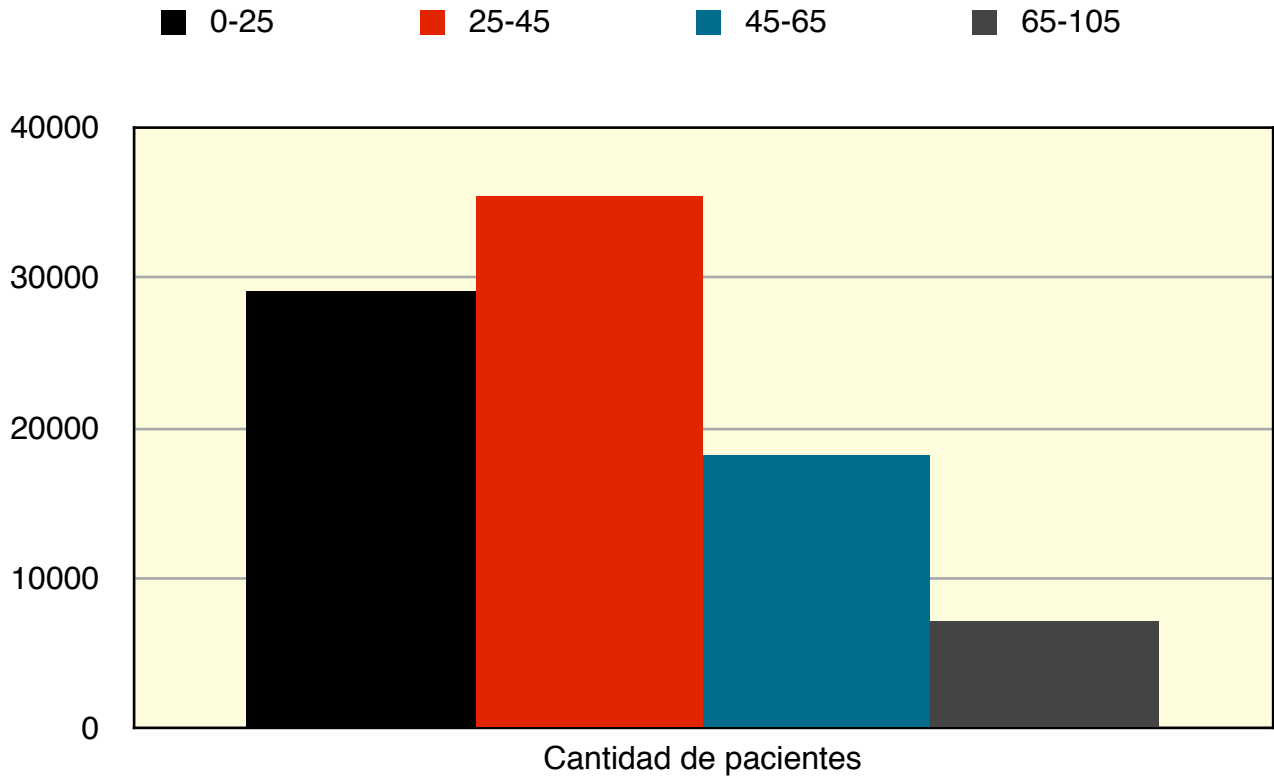
Distribución de los pacientes por Género.

4.1.3 Distribución etaria de los pacientes incluidos.

Los pacientes incluidos en el estudio se distribuyen por rangos etarios de la siguiente manera.

Edades	Frecuencia	Proporción
0-25	29119	32,4038%
26-45	35447	39,4456%
46-65	18160	20,2085%
66-105	7137	7,9421%
Total Válidos	89863	100%
Perdidos (Sin edad)	394	
Total Pacientes	90257	

Cantidad de pacientes por rangos de edades.



Cantidad de pacientes por rangos de edades.

4.1.4 Parámetros estadísticos sobre la población: edades.

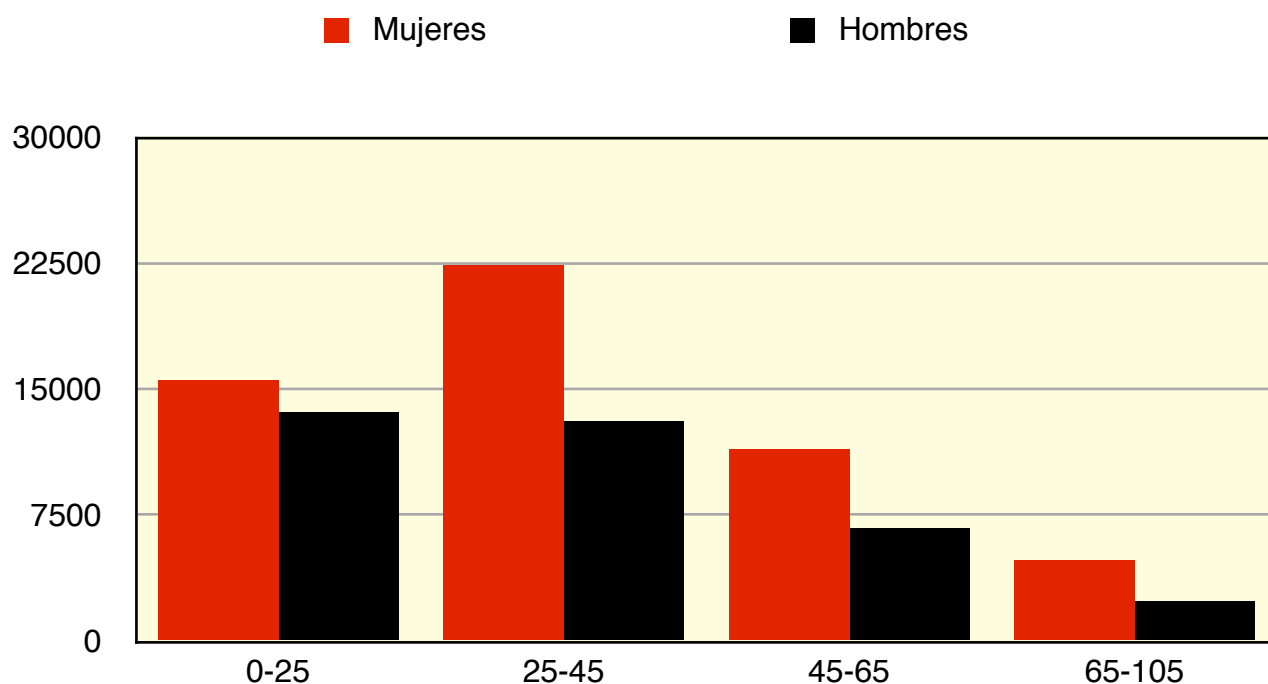
- Mínimo: 0 años
- Media: 35,8 años
- Primer cuartil: 22 años
- Mediana: 34 años
- Primer cuartil: 22 años
- Tercer cuartil: 48 años
- Máximo: 104
- Sin edad en la base: 394

4.1.5 Distribución por géneros y edades

Los grupos etarios se dividen en sexos de la siguiente manera.

Edades	Mujer	Proporción	Varón	Proporción	Total
0-25	15532	28,72%	13586	37,98%	29118
26-45	22349	41,32%	13092	36,600%	45441
46-65	11418	21,11%	6739	18,83%	18157
66-105	4781	8,84%	2353	6,57%	7134
Total	54080	99,99%	35770	99,98%	89850
Perdidos	220		162		90232
Indeter.			25		90257

Distribución por rangos de edad y género.



Distribución por rangos de edad y género.

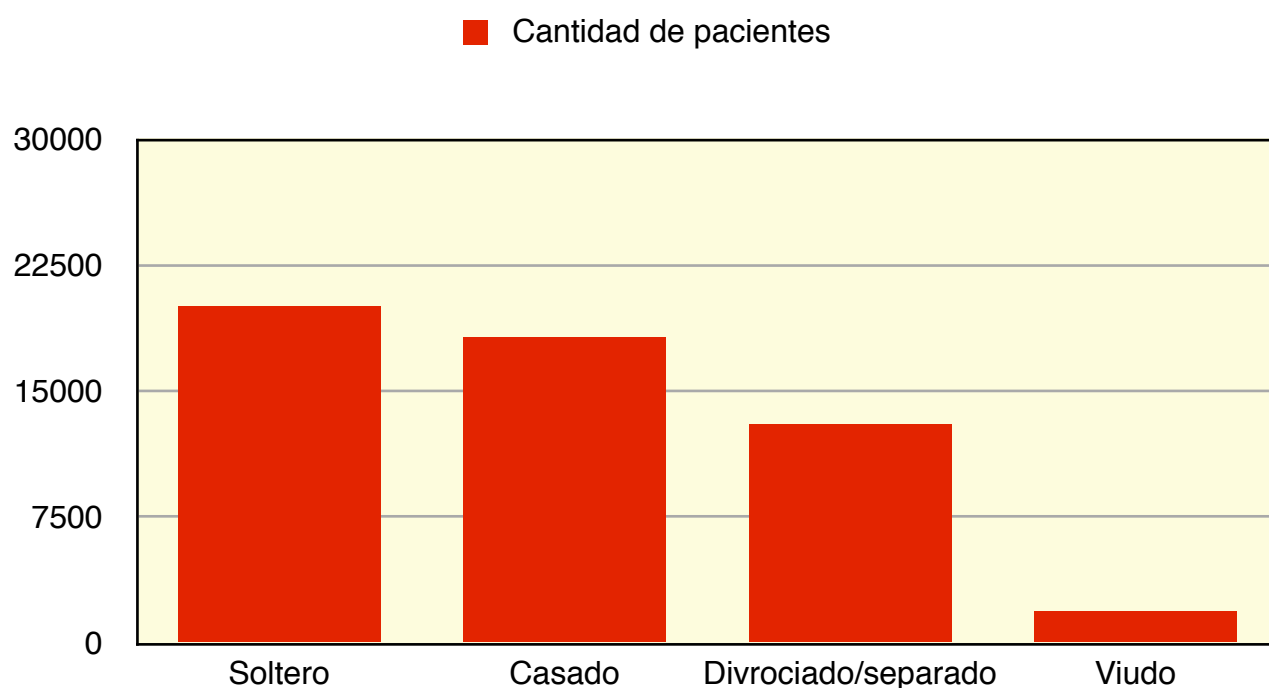
De los pacientes de la población, encontramos un total de 407 entre 25 indeterminados en cuanto al sexo y perdidos para la edad que no pueden distribuirse.

4.1.6 Distribución de los estados civiles de la población.

Los diferentes estados civiles presentan las siguientes frecuencias en la población.

Estado Civil	Frecuencia	Proporción
Soltero	20022	37,6750%
Casado	18181	34,2108%
Separado/Divorciado	13024	24,5070%
Viudo	1917	3,6072%
Perdidos	37113	
Total	90257	100%

Distribución de pacientes por estados civiles.



Distribución de pacientes por estados civiles.

Hay un total de 37.113 pacientes que carecen de información sobre su estado civil: suponen el **41,11%** de los 90.257 pacientes que sí tienen los requisitos para ofrecernos información a este nivel.

4.2 ESTUDIO DE LOS CONTACTOS

4.2.1 Definición. Distribución de los contactos por áreas de salud:

Se define contacto como cualquier atención dispensada por un dispositivo de salud mental a un paciente identificado. Un dispositivo es cada servicio, unidad, o centro que provee cuidados de salud mental especializada²⁰.

Los contactos pueden ser:

- Ambulatorio: cada consulta.
- Hospitalario: cada día de estancia en un hospital.
- Hospital de Día: cada día de asistencia en un hospital de día.

- Dispositivo Específico de Rehabilitación: cada día de asistencia a un dispositivo de rehabilitación ambulatorio (centro de rehabilitación psicosocial, centro de día, centro de rehabilitación laboral, taller ocupacional...)

Hemos prestado atención a los contactos ambulatorios, que es el contexto en el que se lleva a cabo el tratamiento psicoterapéutico fundamentalmente.

Partimos de la base de datos denominada ASIS.TOT donde se incluyen un total de 1.444.677 contactos en las Áreas 3 y 9 de la comunidad de Madrid. La modalidad de atención que indica si el paciente ha seguido psicoterapia o no la ha seguido, viene detallada en dos diferentes variables según el área de salud, 3 ó 9, cuya diferencia nos permite saber si un paciente pertenece a una u otra área de salud:

- Área 3: la modalidad de atención viene codificada en la variable TMODATE. Las posiciones entre el primer y último valor de TMODATE dentro de la tabla original de ASISTOT son respectivamente 1 y 625.847. Se encuentran un total de 21.724 entradas inválidas por no disponer de información codificada sobre el tipo de asistencia.
- Área 9: la modalidad de atención viene codificada en la variable denominada PROCEDIMIENTO 1. Las posiciones entre primer y último valor de PROCEDIMIENTO 1 son respectivamente 625.854 y 1.159.671, un total de 533.818 contactos. Existen dentro de estas posiciones un total de 48.002 entradas inválidas por no tener información sobre el tipo de asistencia prestada que corresponden al Área 9.

Desde la posición 1.159.671 hasta el final de la base hay 285.012 datos perdidos sin información, por estar vacíos los campos de PROCEDIMIENTO 1 y de TMODATE, donde vienen tabulados los tipos de atención prestada. Suponen el **17,3%** de todos los contactos y los hemos denominado “Perdidos Base”

Área	Total	Proporción total	Proporción útil
Área 3	625.847	0,4332	53,97%
Área 9	533.818	0,3965	46,03%
Perdidos Base	285.012	0,1703	
Total	1.444.677	1	100%

Distribución de contactos por áreas de salud.

Resumen del total de Contactos:

- **Total** de 1.444.677 de contactos en la base sin depurar.
- **Área 9:** 533.818 entradas con 48.002 inválidos por carecer de PROCEDIMIENTO 1.
- **Área 3:** 625.847 con 21.724 inválidos por carecer de MODATE.
- **Perdidos:** 285.012 hasta el final de la base: Perdidos Base.
- **Total de Perdidos:** 354.738 de contactos que son “datos perdidos”, suponen el **24,55%** de los contactos registrados en la base.

- Número de contactos por paciente:

- Mínimo: 1 contacto
- Mediana: 4 contactos
- Media: 12,8 contactos
- Primer cuartil: 1 contacto
- Tercer Cuartil: 10 contactos
- Máximo: 2720 contactos

- Percentiles de contactos:

- P5:1 contacto
- P10:1 contacto
- P25:1 contactos
- P50:4 contactos
- P75:10 contactos
- 90:28 contactos
- 95:50 contactos

4.2.2 Frecuencia de contactos psicoterapéuticos

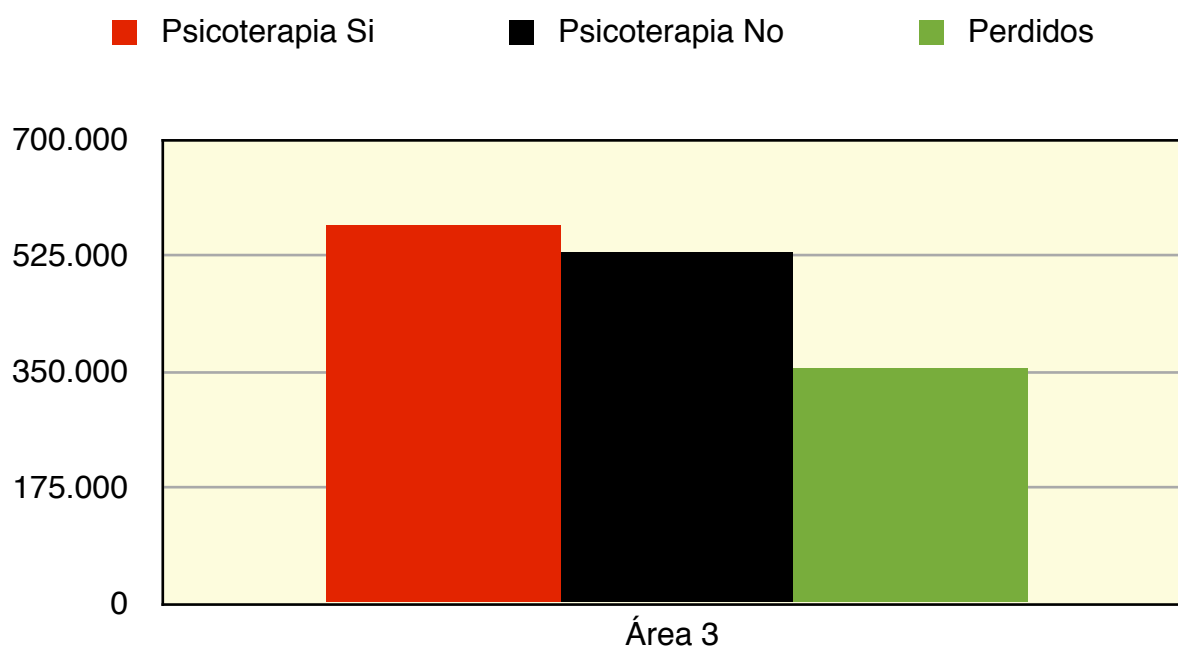
En función de lo expuesto el trabajo es sobre un total de **1.089.939** contactos válidos, que suman los 533.818 del Área 9 y los 625.847 del Área 3, habiendo restado los perdidos de cada Área (48.002 de la 9 y 21.724 de la 3) :

Proporcionalmente se ve que el **53,97%** de los contactos válidos pertenecen al Área 3 y el **46,03%** pertenecen al Área 9.

Definimos la variable psicoterapia con el valor SI y el resto de los tipos de atención se les llama NO.

Terapia	Frecuencia	Proporción sobre el total de la base	Proporción válida
Psicoterapia NO	519635	35,97%	47,68%
Psicoterapia SI	570304	38,84%	52,32%
Total Válidos	1089939		
Total de Perdidos (A3, A9 y Perdidos Base)	354738	24,55%	
Total	1444677	99,36%	100%

Distribución de contactos.



Distribución de contactos.

En total ha habido 1.089.939 contactos válidos de los cuales 519.635 no ha recibido psicoterapia (**47,68%**) y 570.304 si la han recibido (**52,32%**). La probabilidad de haber recibido un tratamiento psicoterapéutico en un contacto cualquiera durante el periodo estudiado asciende por tanto a **52,32%**, sin hacer distinción de área de salud.

Como se verá más adelante el tratamiento psicoterapéutico puede ser de diversos tipos, y en función de cada cual se obtienen diferentes estadísticos.

4.2.3 Frecuencias relativas sobre otras modalidades de atención

En el apartado anterior hemos observado la estadística global sobre la Psicoterapia. Esto es, la cantidad de contactos que han sido psicoterapéuticos durante el período estudiado. En el anterior apartado no se diferencia sobre qué tipos de psicoterapia se ha hecho el conteo. En este actual apartado se ofrece una información más matizada al respecto de los tipos de psicoterapia que se ha desempeñado.

En la primera tabla se puede observar las proporciones de las psicoterapias con sus cifras absolutas y también se incluyen los “otros tipos de atención”, en los que hemos englobado todos los tipos de asistencia sin psicoterapia. También se incluye en esta primera tabla aquéllos pacientes que han sido tratados con farmacología. Algunos estudios han mostrado hasta el momento un aumento en las tendencias a medicar durante las últimas décadas ^{7, 8}. Nosotros no hemos prestado atención a estas tendencias en nuestra base, pero si será interesante prestarle atención en un futuro.

Dentro de “Otras modalidades de Atención” se incluyen los siguientes tipos:

Área 3

- Tratamiento farmacológico
- Atención a otras personas relacionadas
- Grupos de Apoyo
- Consulta Terapéutica
- Otras combinaciones
- Entrevista con padres
- Trabajo Social

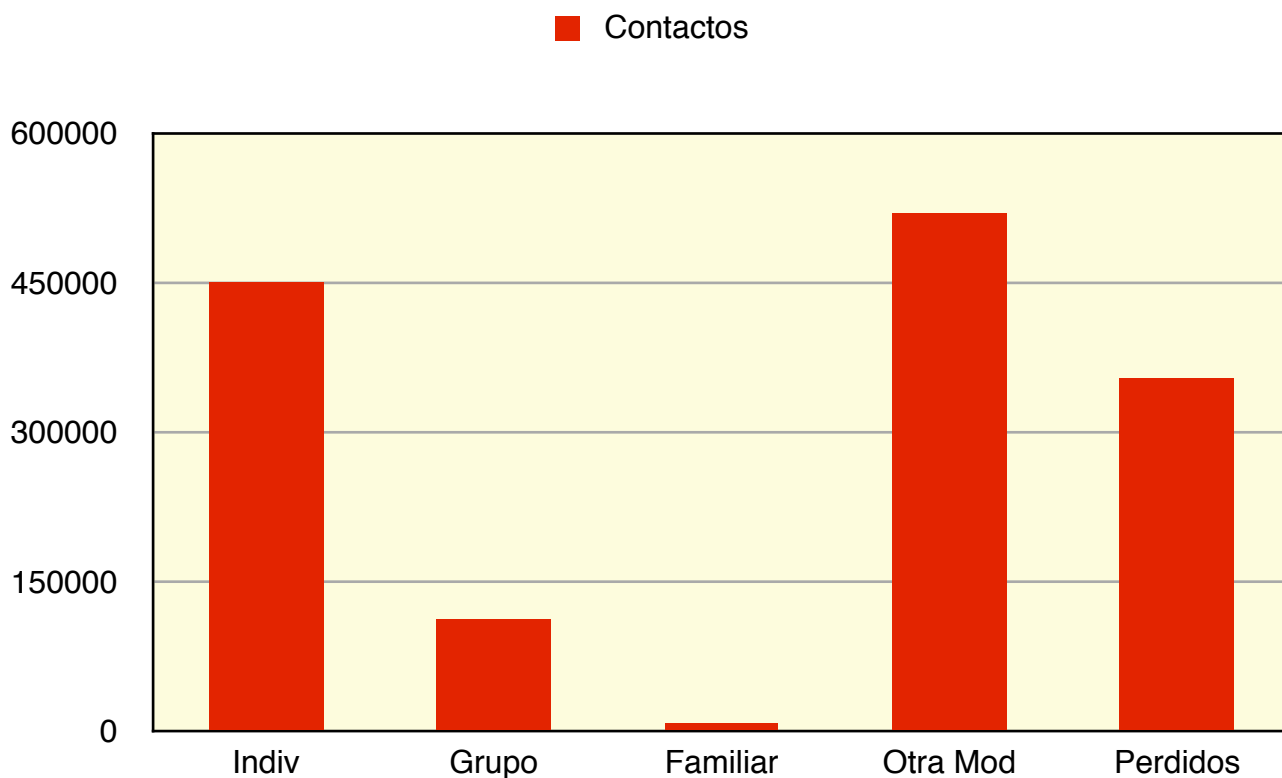
Área 9

- Coordinación con profesionales
- Administración de pruebas psicológicas
- Entrevista de evaluación
- Consulta no especificada
- Entrevista con padres
- Tratamiento farmacológico
- Urgencia
- Psicoterapia de juegos
- Entrevista con otros
- Coordinación con interconsulta
- Atención a personas relacionadas
- Acompañamiento

Tras agrupar la Psicoterapia individual, la Psicoterapia Verbal de apoyo y la Psicoterapia combinada, por ser todas ellas modalidades de psicoterapia individual resulta la siguiente distribución de datos.

Modalidad de Psicoterapia	Total	Proporción	Proporción válida
Terapia de Grupo	111.908	7,75%	10,27%
Terapia Individual Tratamiento Combinado Terapia verbal de apoyo	450.732	31,2%	41,35%
Terapia Pareja/Familiar	7.664	0,53%	0,7%
Total Psicoterapia Si	570.304		
Otras modalidades de atención	519.635	35,97%	47,68%
Total Psicoterapia NO	519.635		
Perdidos (Área 3, Área 9 y Perdidos Base)	354.738	24,55%	
	1.444.677	100%	100%

Contactos totales: tipos de psicoterapia.



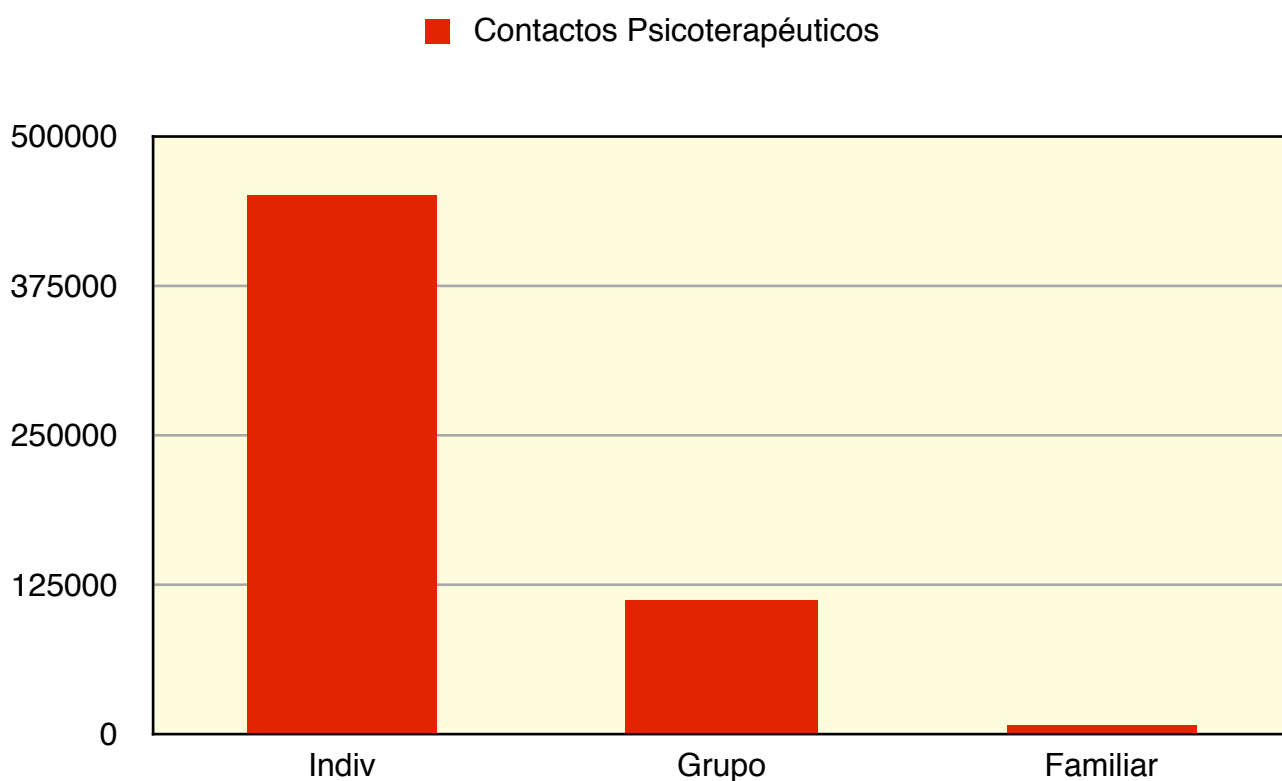
Contactos totales: tipos de psicoterapia.

4.2.4 Frecuencia de diferentes tipos de psicoterapia

En este apartado se tratan globalmente todos los contactos exclusivamente psicoterapéuticos, sin hacer distinción entre las diferentes áreas de salud. Se puede ver de esta manera qué formas de aplicación de la psicoterapia han sido más frecuentes, quedando la siguiente distribución:

Tipo de PT	Total	Proporción
Terapia de Grupo	111908	19,62%
Terapia Individual Tratamiento combinado Terapia verbal de apoyo	450732	79,03%
Terapia Pareja/Familiar	7664	1,34%
Perdidos	0	0%
Total	570304	99,99%

Número de contactos por tipos de psicoterapia.



Número de contactos por tipos de psicoterapia.

Observamos cómo el tipo de asistencia psicoterapéutica más prevalente en el período estudiado es la Psicoterapia Individual.

4.2.5 Distribución por áreas de salud.

Ofrecemos a continuación cómo se distribuyen en las dos áreas de salud las diferentes modalidades de Atención Psicoterapéutica.

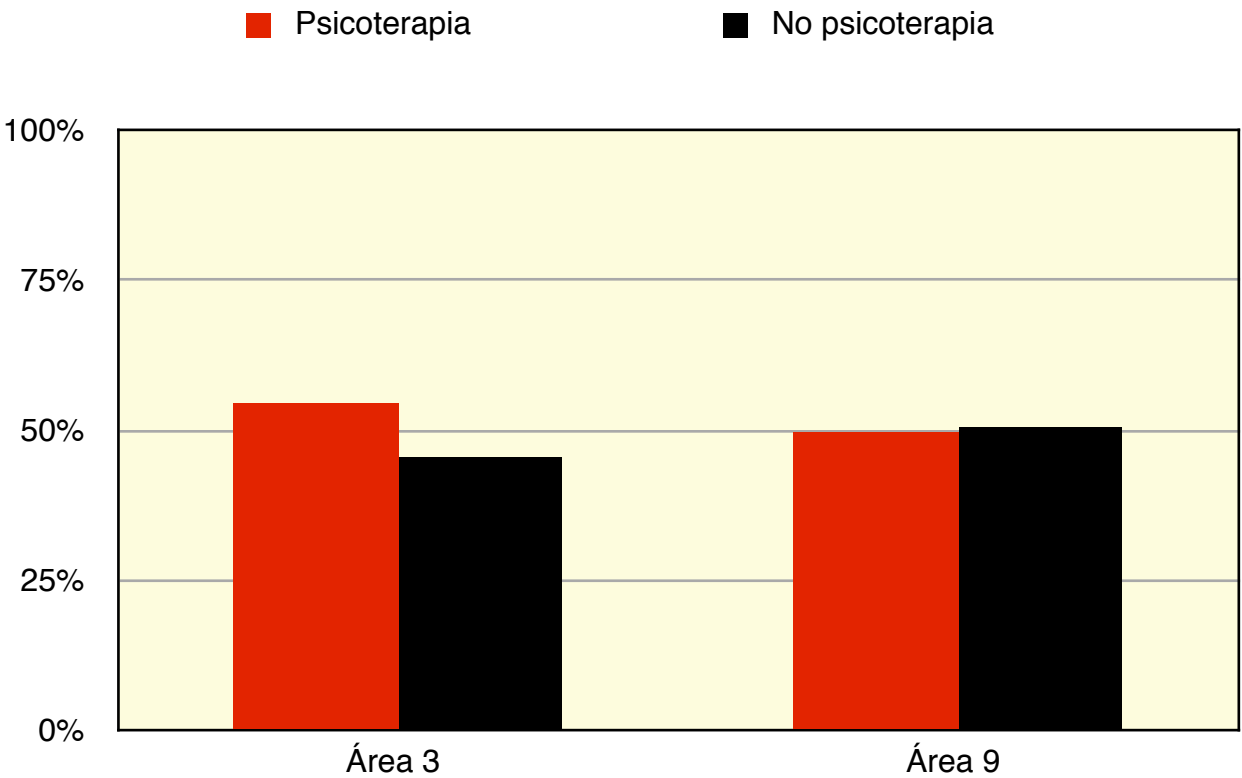
Sobre el total de contactos psicoterapéuticos, valorados estos de manera global sin hacerlos relativos al número de contactos absolutos, se obtiene que el **57,732%** de los mismos fueron llevado a cabo en el Área 3 (329.252) y el **42,267%** en el Área 9 (241.052).

El número de contactos totales, sumando psicoterapéuticos y no psicoterapéuticos, son diferentes en las áreas de salud: en al Área 3 asciende a un total de 625.847

contactos y en el Área 9 suman un total de 533.818 contactos. Contemplando relativamente, se mantiene que la probabilidad de haber recibido un contacto psicoterapéutico es mayor en el Área 3, de manera que el **54,5%** de sus contactos absolutos (válidos para el estudio) fueron psicoterapéuticos. En el Área 9 el **49,6%** de los contactos fueron psicoterapéuticos.

Área	Contactos Totales	Perdidos	Contactos Válidos	Frecuencia Psicoterapia	Proporción Psicoterapia
3	625.847	21.724	604.123	329.252	54,5008%
9	533.818	48.002	485.816	241.052	49,617%
Total	1.159.665	69.726	1.089.939	570.304	

Proporción de contactos psicoterapéuticos por áreas de salud.



Proporción de contactos psicoterapéuticos por áreas de salud.

De la misma manera, hemos podido subdividir la atención psicoterapéutica por áreas de salud, en los subtipos de psicoterapia disponibles para el estudio. Haciendo una

distribución por los diferentes tipos de psicoterapia por áreas de salud, se obtienen los siguientes resultados, y se representan gráficamente.

En el Área 3 no hay codificación para la “Terapia Verbal de Apoyo”, y en el Área 9 no hay codificación para el “Tratamiento combinado”. Se ofrece en la siguiente tabla la cantidad de contactos de psicoterapia verbal de apoyo y tratamiento combinado, que se han añadido al total de contactos de “Psicoterapia Individual”.

Resulta de interés prestar atención a cómo se distribuyen los tipos de psicoterapia dentro de cada Área por separado, proporcionalmente y no de manera absoluta, dado que las poblaciones difieren en número y la cantidad global de contactos también difieren por áreas de salud. De esta forma se observan los siguientes datos:

Modalidad de psicoterapia	Área 3 Absoluto	Área 3 Proporción	Área 9 Absoluto	Área 9 Proporción	Total
Terapia de Grupo	71.744	22%	40.164	17%	111.908
Terapia Individual (+ Combinado A3) (+ V. de apoyo A9)	254.018	77%	196.714	82%	450.732
Terapia Pareja/ Familiar	3.490	1%	4.174	2%	7.664
	329.252	99,997%	241.052	99,982%	570.304

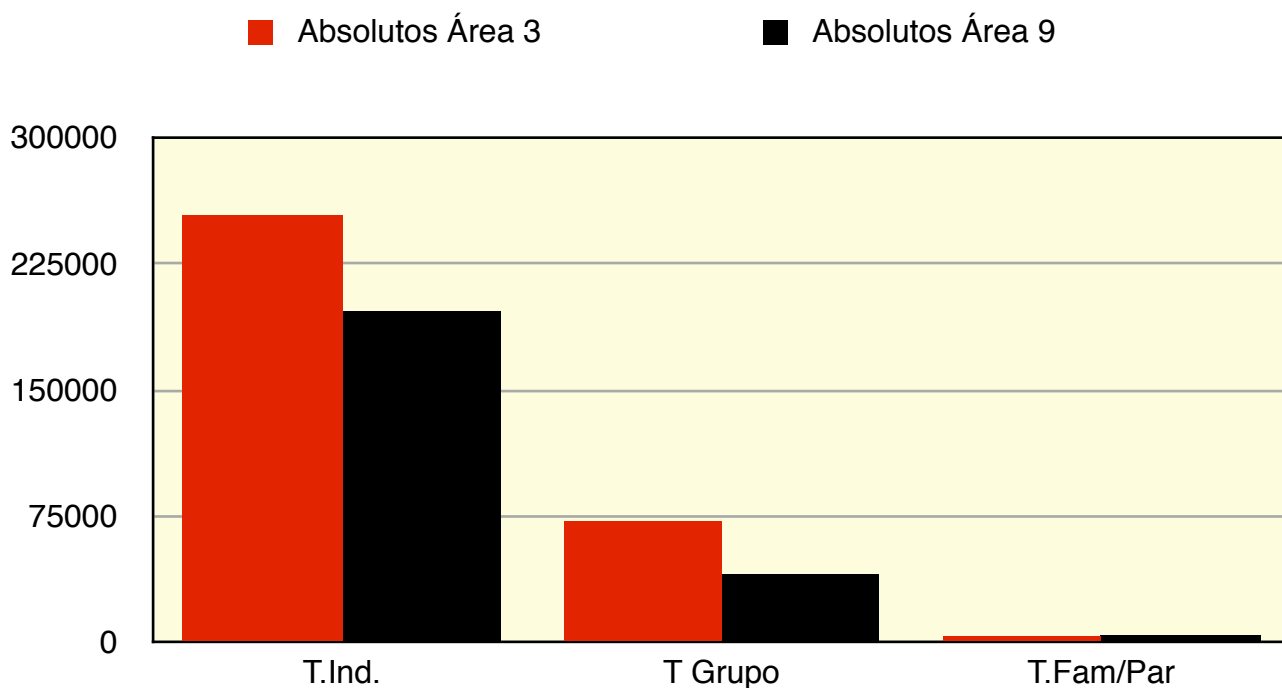
Tipos de psicoterapia por áreas de salud: valores absolutos y proporcionales.

La psicoterapia individual es la que encabeza la mayor parte de los contactos psicoterapéuticos del Área 3 con un **77,149%** de los contactos psicoterapéuticos registrados: el tratamiento combinado su pone dentro de este tratamiento individual del Área 3 un **35,7%**, que se ha sumado a la totalidad de psicoterapia individual de este área. La terapia familiar/ de pareja es relativamente muy poco frecuente en este área.

En el Área 9 la psicoterapia individual es también la más frecuente con un **81,59%** de todos los contactos psicoterapéuticos, que incluyen el **15,66 %** del total que es la

Psicoterapia Verbal de apoyo. En frecuencia le sigue la Terapia de grupo con **16,66%** de los contactos psicoterapéuticos, y en último lugar la Psicoterapia Familiar y de Pareja.

A continuación se ofrece la representación gráfica de los datos inmediatamente precedentes.



Valores absolutos de los subtipos de psicoterapia por áreas de salud.

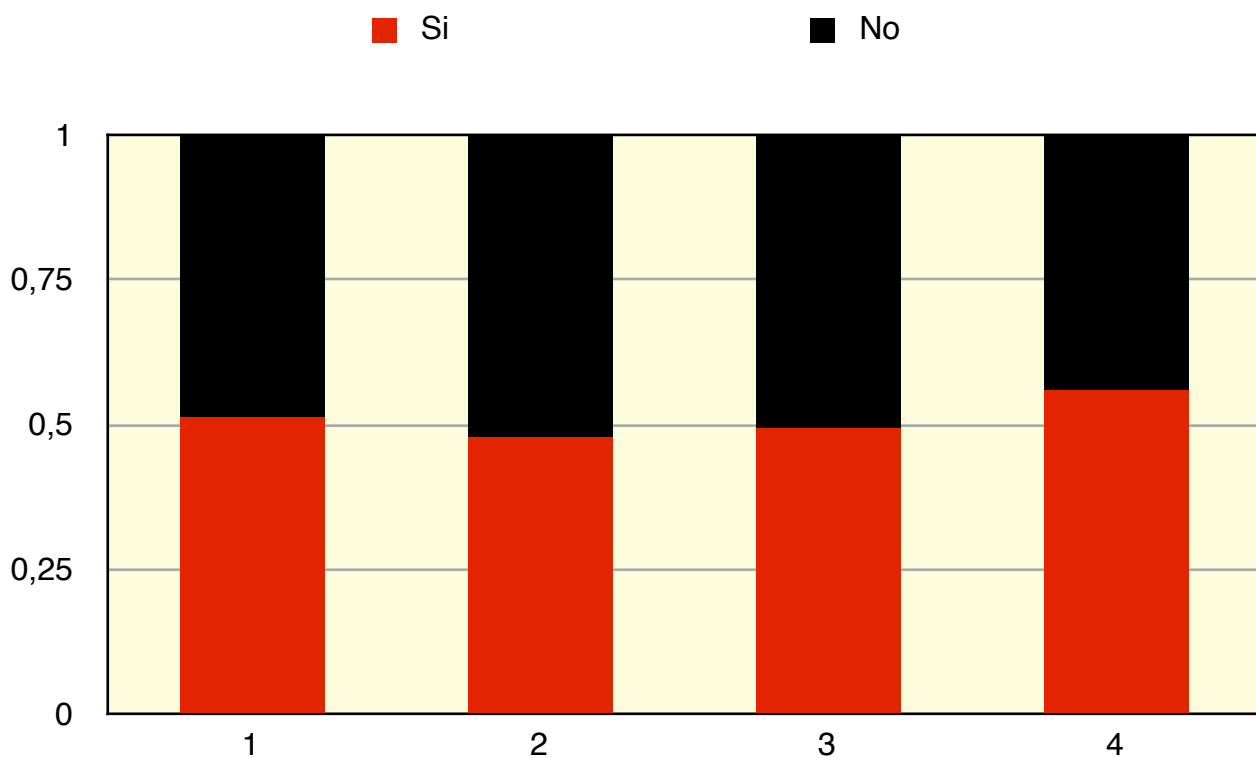
4.2.6 Distribución por distritos.

Disponemos de información sobre el distrito en el que se desempeñó la asistencia psicoterapéutica.

De forma general, la psicoterapia está presente entorno en el **50%** de los contactos globales, o muy cerca de la mitad de los contactos, y al redistribuir por regiones esta proporción se mantiene.

Dispositivo de Atención	Psicoterapia Si	Psicoterapia No	Proporción de PT en la asistencia
1.CENTRO DE SALUD MENTAL DE LEGANES (Área 9)	129843	123758	51,199%
2.CENTRO DE SALUD MENTAL DE FUENLABRADA (Área 9)	111207	120999	47,89%
3.SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE TORREJON DE ARDOZ (Área 3)	93683	96353	49,297%
4.SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE ALCALA DE HENARES (Área 3)	223652	176216	55,9314%
	558385	517326	51,908%

Distribución de contactos por Dispositivos de Atención.



Distribución de contactos por Dispositivos de Atención.

4.2.7 Contactos psicoterapéuticos: distribución por género.

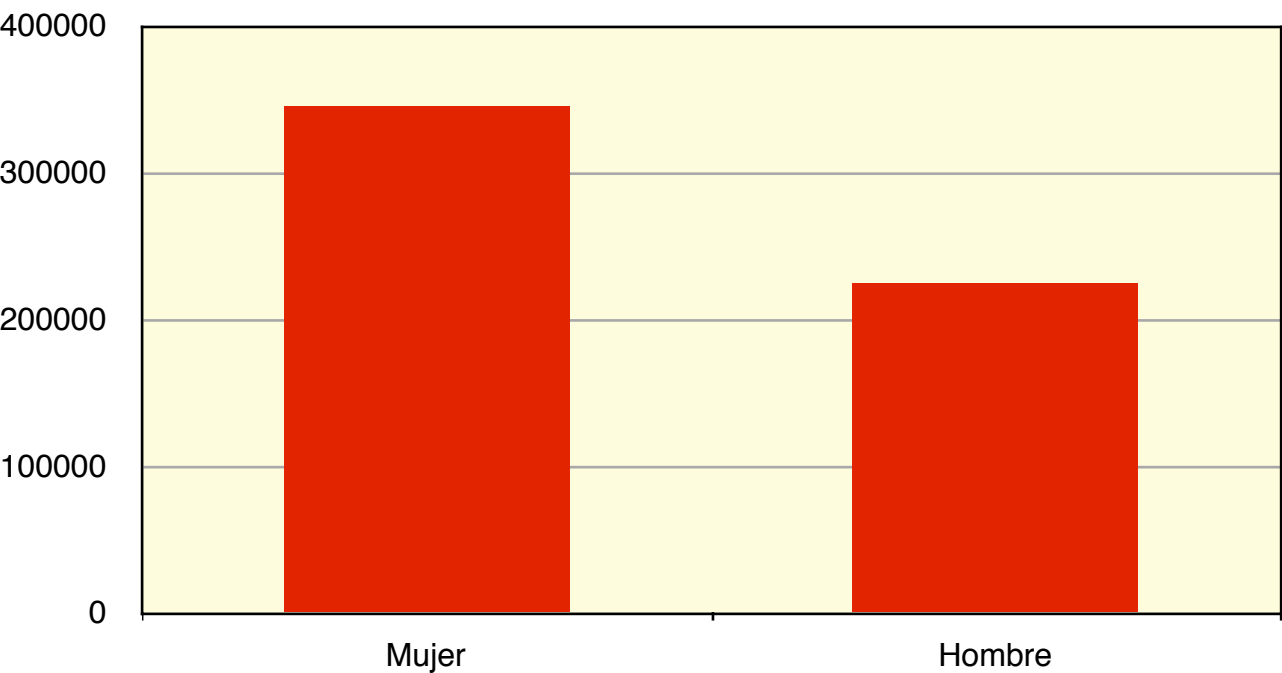
Hemos subdividido los *contactos* psicoterapéuticos en función de los géneros, y se obtienen las siguientes proporciones:

	Psicoterapia SI	Psicoterapia NO	Proporción Psicoterapia Si en Géneros	Proporción Géneros Psicoterapia Si
Mujer	345224	287979	54,52%	60,533%
Varón	224787	231298	49,28%	39,4152%
Perdidos	293	358		0,05138%
Total	570304	519635		99,99958%

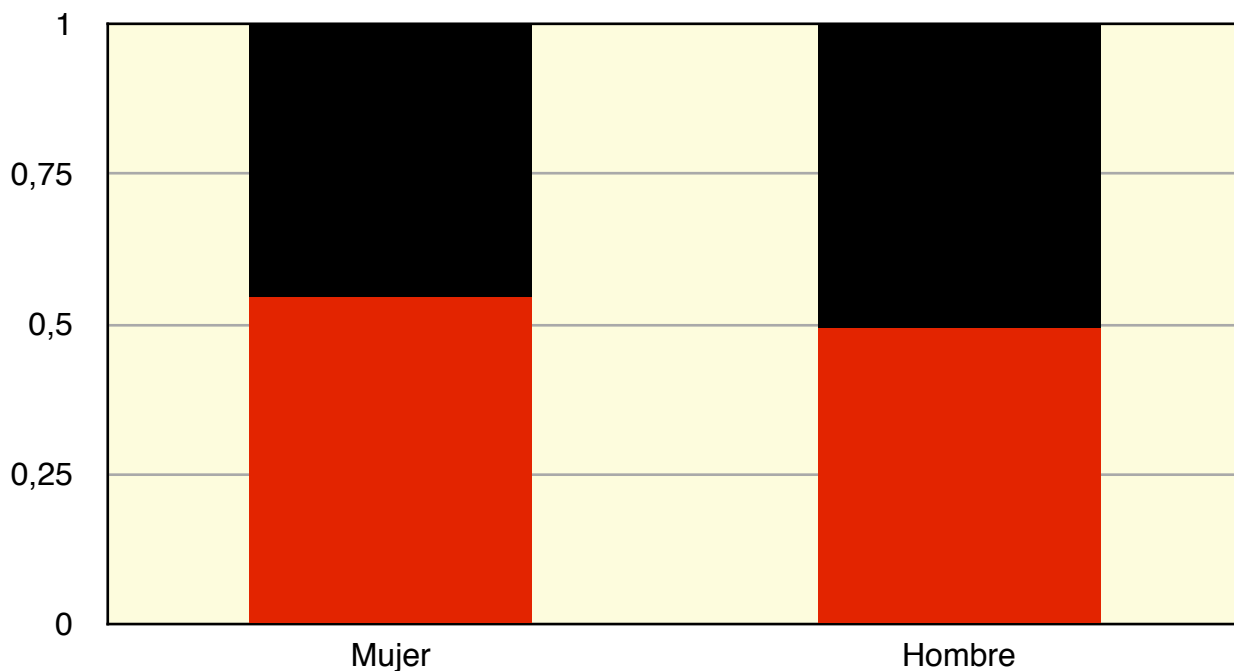
Distribución de contactos por géneros.

- De los contactos psicoterapéuticos, el **60,53%** fueron femeninos y el **39,41%** fueron masculinos.
- De los contactos femeninos, el **54,52%** recibieron psicoterapia.
- De los contactos masculinos, el **49,28%** recibieron psicoterapia.

■ Contactos Psicoterapéuticos



Cantidad absoluta de contactos psicoterapéuticos por género.



Proporción de contactos psicoterapéuticos vs no psicoterapéuticos por géneros.

4.2.8 Contactos psicoterapéuticos: distribución por estados civiles.

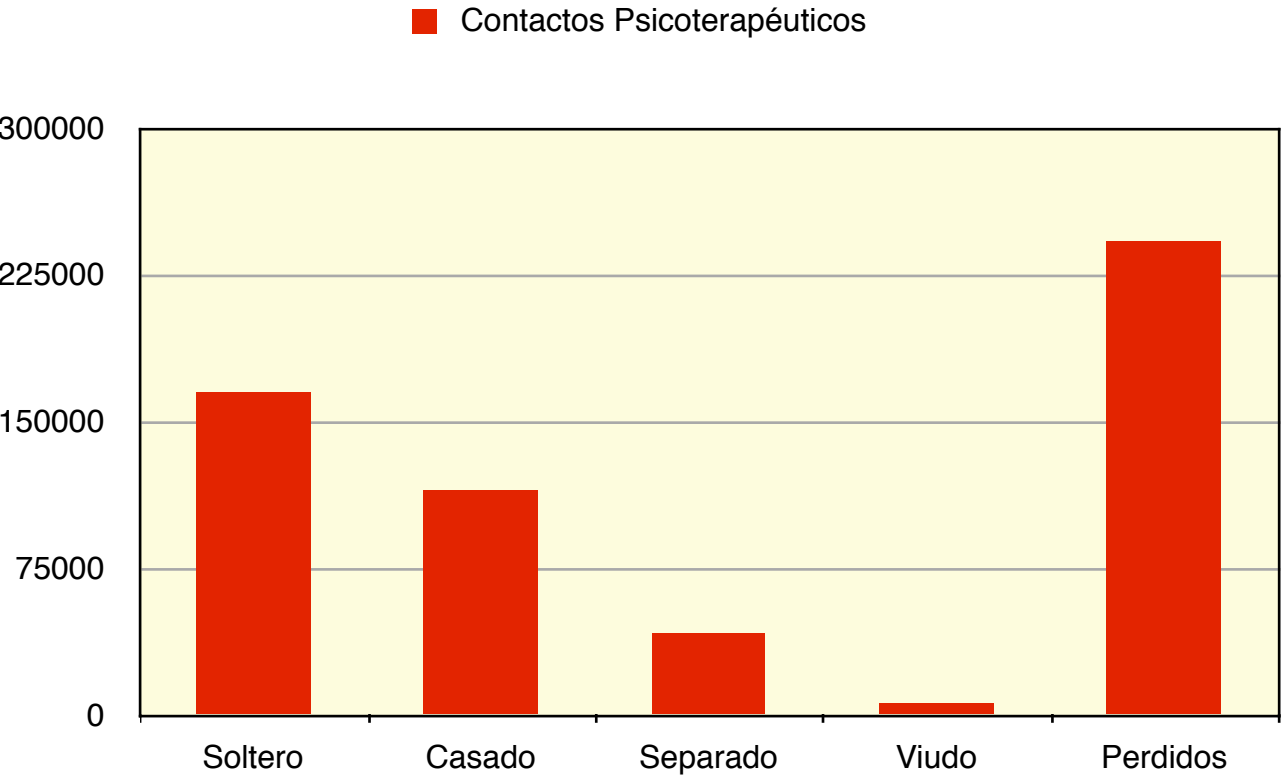
Con respecto a los estados civiles registrados en los contactos psicoterapéuticos, el 42,48% de los mismos no lo traen registrado, supone un total de 242.289 contactos psicoterapéuticos no válidos para esta subdivisión.

Sobre el resto de contactos psicoterapéuticos que sí tienen el estado civil, resulta el más frecuente el soltero con casi un tercio (**28,971%**) de todos los contactos psicoterapéuticos con estado civil registrado. Los separados (**7,33%**) y viudos (**1,083%**) representan menor proporción dentro de los contactos psicoterapéuticos en nuestra población que solteros y casados (**20,132%**).

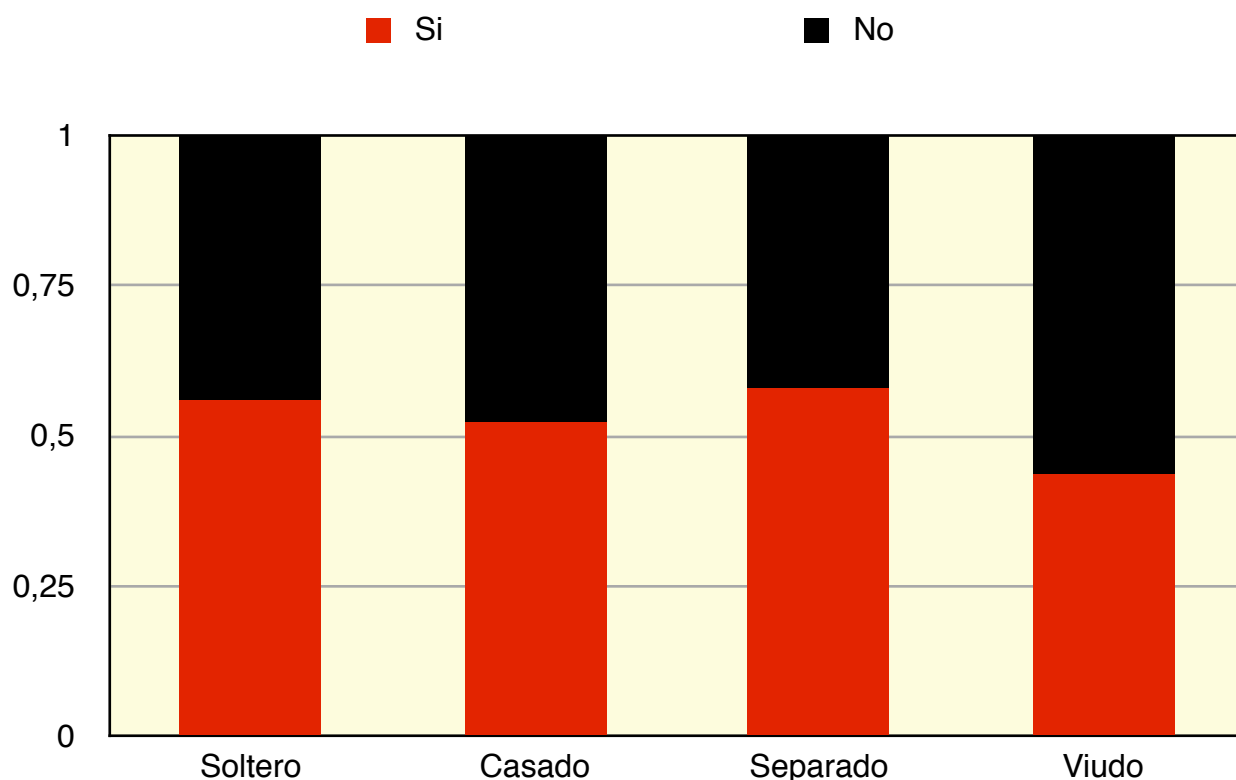
Si observamos desde los contactos totales, las probabilidades de haber recibido un contacto psicoterapéutico no difieren tanto entre si en función del estado civil. Separados abarcan la mayor probabilidad (con un **57,93%**) seguidos por solteros, casados y viudos en este orden, según se población en la siguiente tabla.

	Psicoterapia SI	Proporción de estado civil en PT	Psicoterapia NO	Proporción sin perdidos	Proporción PT en estado civil
Soltero	165220	28,971%	130240	47,596%	55,91%
Casado	114816	20,132%	105062	38,395%	52,21%
Separado	41805	7,330%	30353	11,093%	57,93%
Viudo	6174	1,083%	7980	2,916%	43,62%
Perdidos	242289	42,48%	246000		
Total	570304	99,996%	519635		

Distribución de Contactos por Estados civiles.



Distribución de Contactos por Estados civiles.



Proporción contactos de psicoterapia por estados civiles.

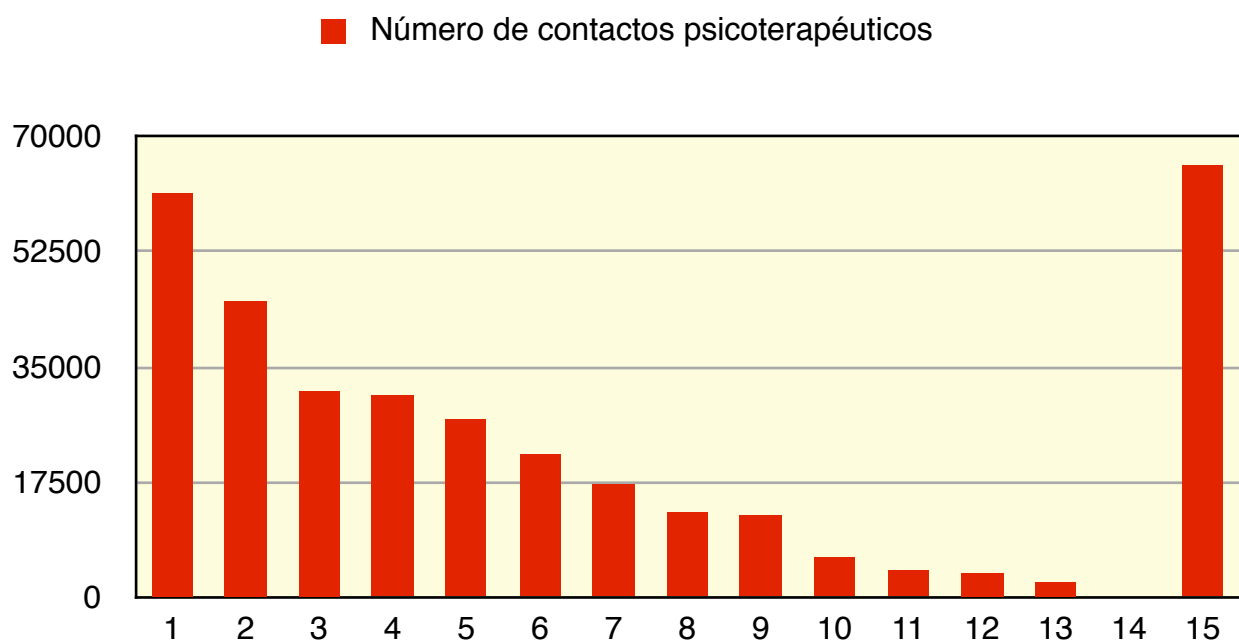
4.2.9 Diagnóstico en los contactos psicoterapéuticos.

A continuación ofrecemos los contactos psicoterapéuticos desglosados por grupos diagnósticos.

Diagnostico	Frecuencia	Proporción
Sin Diagnóstico	65543	11,49%
Esquizofrenia	61346	10,75%
Otras Psicosis	21720	3,808%
Psicosis Afectivas	30682	5,37%
Ttnos. de la Personalidad	31350	5,49%
Ttnos. de Ansiedad	44988	7,88%
Depresión	26981	4,73%
Uso de sustancias	12909	2,26%
Ttnos. Orgánicos	2371	0,415%

Diagnostico	Frecuencia	Proporción
Otros ttnos. Neuróticos	3722	0,652%
Ttnos de la Alimentación	12486	2,189%
Ttnos Adaptativos	17164	3,009%
Retraso Mental	4144	0,726%
Códigos V	6096	1,06%
Ttnos de la Infancia	0	0
Otros	228802	40,119%
Total	570304	99,948%

Grupos diagnósticos de los contactos psicoterapéuticos.



Contactos psicoterapéuticos por grupos diagnósticos.

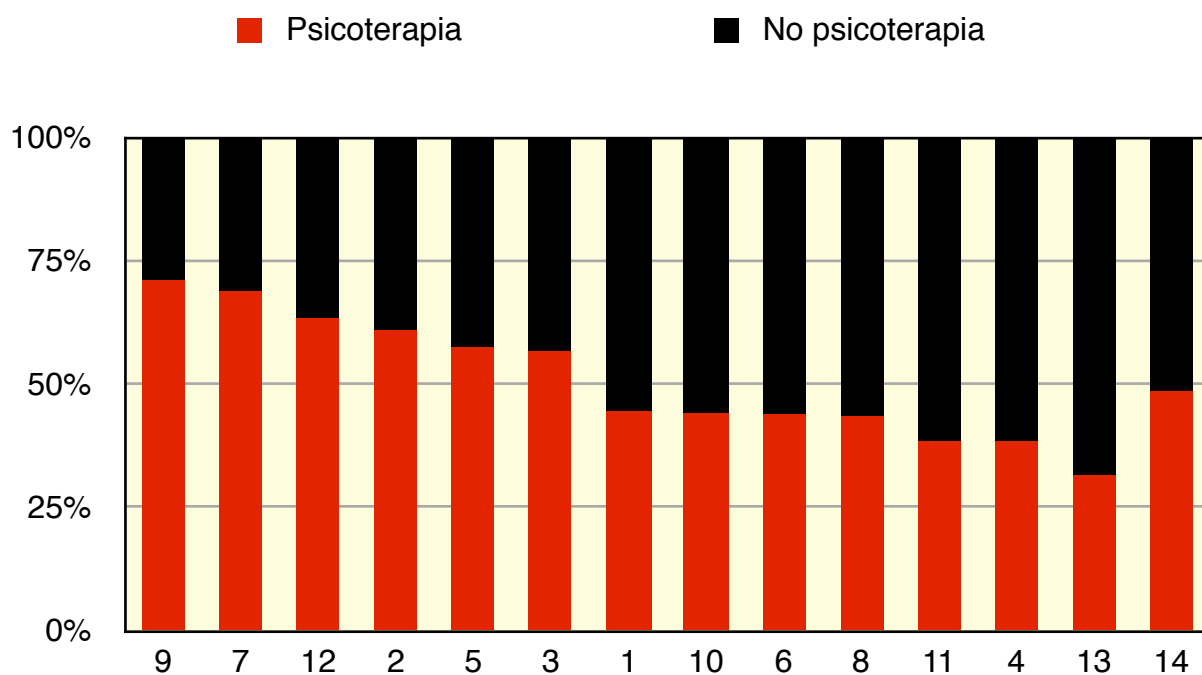
Diagnósticos Ordenados por frecuencia de psicoterapia
1.Esquizofrenia
2.Ttnos. de Ansiedad
3.Ttnos. de la Personalidad
4.Psicosis Afectivas
5.Depresión
6.Otras Psicosis
7.Ttnos Adaptativos
8.Uso de sustancias
9.Ttnos de la Alimentación
10.Códigos V
11.Retraso Mental
12.Otros ttnos. Neuróticos
13.Ttnos. Orgánicos
14.Ttnos de la Infancia
15.Sin Diagnóstico
16.Otros (No representado gráficamente)

4.2.10 Frecuencia relativa de contactos psicoterapéuticos por diagnósticos.

En esta sección hacemos relativo el número de contactos psicoterapéuticos por categorías diagnósticas al número total de contactos de cada categoría, ofreciendo así la proporción de contactos por diagnóstico que han recibido psicoterapia. Se muestran los resultados en la siguiente tabla.

Diagnostico	Frecuencia de psicoterapia	Frecuencia global del Dco	Proporción de Contactos PT
Sin Diagnóstico	65543	134785	48,62%
Esquizofrenia	61346	137642	44,56%
Otras Psicosis	21720	49526	43,85%
Psicosis Afectivas	30682	79618	38,53%
Ttnos. de la Personalidad	31350	55352	56,63%
Ttnos. de Ansiedad	44988	73843	60,91%
Depresión	26981	46975	57,43%
Uso de sustancias	12909	29707	43,45%
Ttnos. Orgánicos	2371	7531	31,48%
Otros ttnos. Neuróticos	3722	5872	63,38%
Ttnos de la Alimentación	12486	17553	71,13%
Ttnos Adaptativos	17164	24904	68,902%
Retraso Mental	4144	10748	38,55%
Códigos V	6096	13810	44,14%
Otros	228802	402234	56,88%
Total	570304	1090100	

Proporción de contactos psicoterapéuticos por grupos diagnósticos.



Proporción de contactos psicoterapéuticos por grupos diagnósticos.

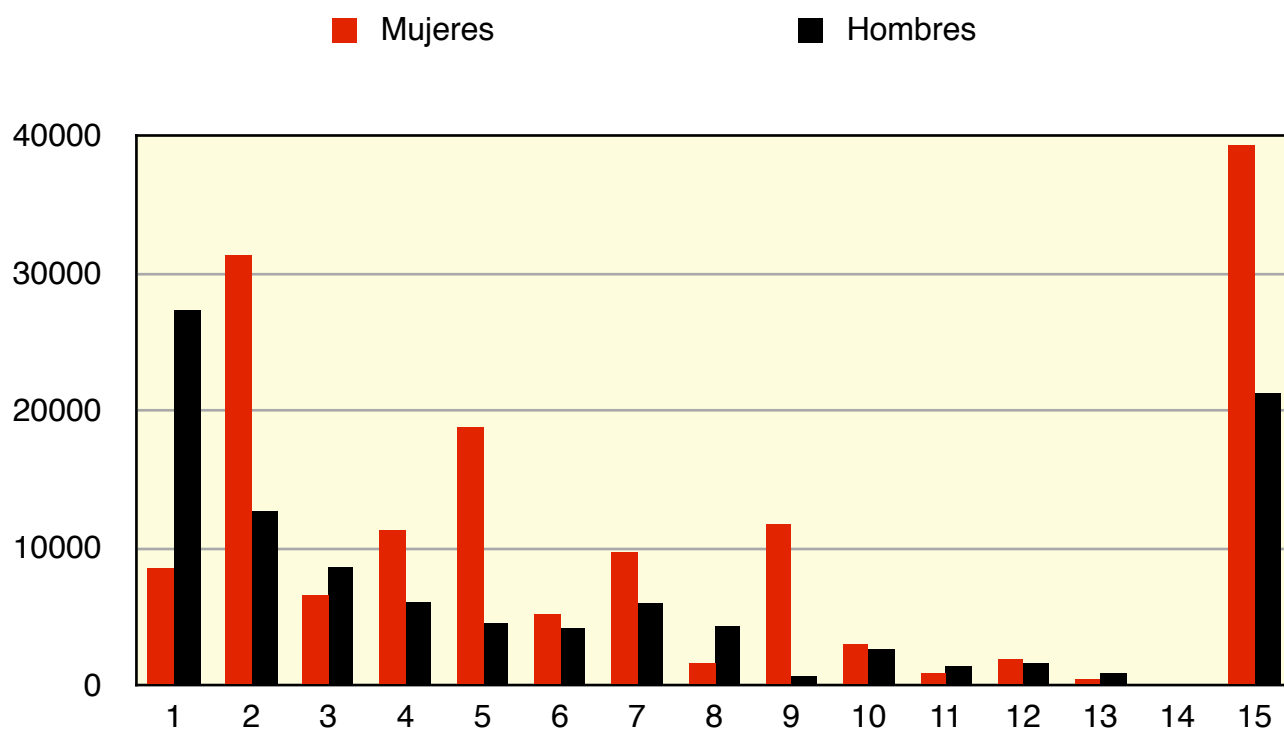
Diagnósticos
9.Ttnos de la Alimentación
7.Ttnos Adaptativos
12.Otros ttnos. Neuróticos
2.Ttnos. de Ansiedad
5.Depresión
3.Ttnos. de la Personalidad
1.Esquizofrenia
10.Códigos V
6.Otras Psicosis
8.Uso de sustancias
11.Retraso Mental
4.Psicosis Afectivas
13.Ttnos. Orgánicos
14.Sin Diagnóstico

4.2.11 Diagnóstico y género

A continuación desglosamos los contactos psicoterapéuticos por diagnósticos y sexos. En esta última tabla han sido excluidos los viudos, con un total de 6214 contactos psicoterapéuticos de los que tenemos diagnóstico.

Diagnostico	Mujer	Hombre	Total	% Mujeres	% Hombres
Sin Diagnóstico	39322	21268	60590	64,89%	35,11%
Esquizofrenia	8484	27269	35753	23,72%	76,28%
Ttnos. de Ansiedad	31253	12653	43906	71,18%	28,82%
Ttnos. de la Personalidad	6516	8589	15105	43,13%	56,87%
Psicosis Afectivas	11298	6064	17362	65,07%	34,93%
Depresión	18744	4533	23277	80,52%	19,48%
Otras Psicosis	5158	4130	9288	55,53%	44,47%
Ttnos Adaptativos	9690	5984	15674	61,82%	38,18%
Uso de sustancias	1595	4290	5885	27,102%	72,892%
Ttnos de la Alimentación	11698	657	12355	94,68%	5,32%
Códigos V	2975	2623	5598	53,14%	46,86%
Retraso Mental	861	1373	2234	38,54%	61,46%
Otros ttnos. Neuróticos	1905	1574	3479	54,75%	45,25%
Ttnos. Orgánicos	422	835	1257	33,57%	66,43%
Otros	35121	34917	70038	50,14%	49,86%
Total	185042	136759	321801	57,50%	42,49%

Contactos psicoterapéuticos por diagnóstico y género



Contactos psicoterapéuticos por diagnóstico y género

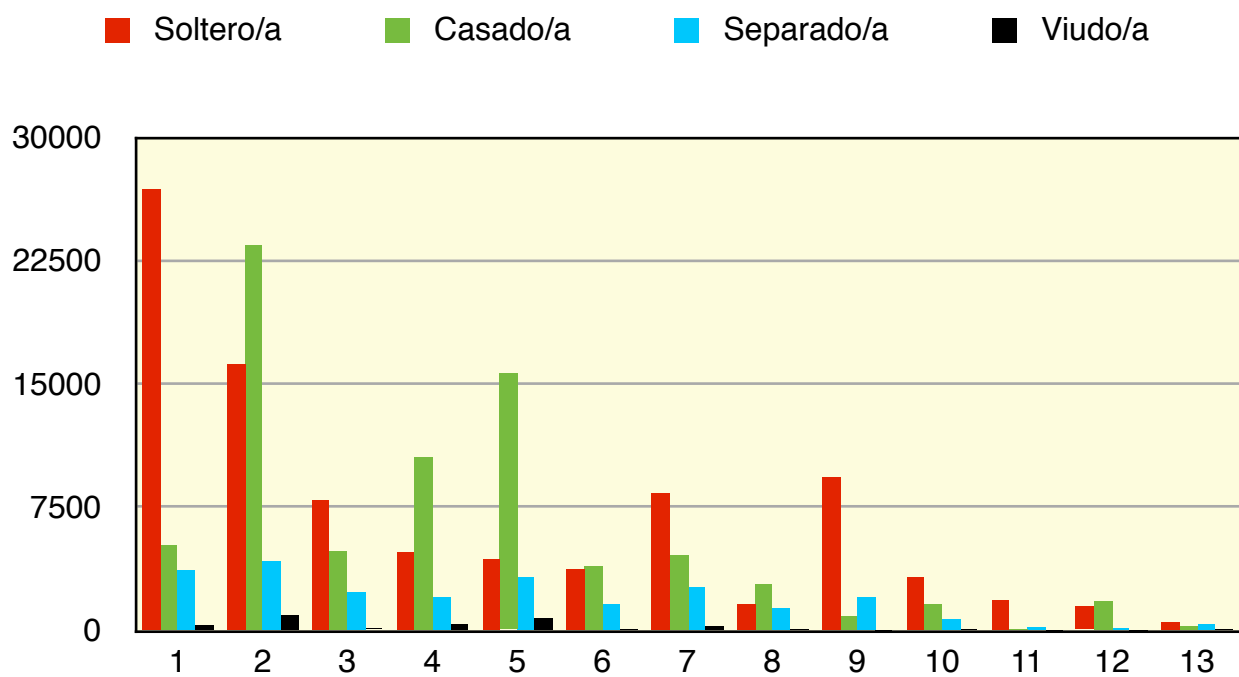
Diagnósticos
1.Esquizofrenia
2.Ttnos. de Ansiedad
3.Ttnos. de la Personalidad
4.Psicosis Afectivas
5.Depresión
6.Otras Psicosis
7.Ttnos Adaptativos
8.Uso de sustancias
9.Ttnos de la Alimentación
10.Códigos V
11.Retraso Mental
12.Otros ttnos. Neuróticos
13.Ttnos. Orgánicos
14.Ttnos de la Infancia
15.Sin Diagnóstico

4.2.12 Diagnóstico y estado civil

A continuación desglosamos los contactos psicoterapéuticos por diagnósticos y estados civiles.

Dco.	Soltero/a	Casado/a	Separado/a	Viudo/a	Total
Sin Diagnóstico	29765	21093	9733	1113	61704
Esquizofrenia	26848	5201	3705	346	36100
Otras Psicosis	3729	3950	1609	91	9379
Psicosis Afectivas	4775	10560	2058	421	17814
Ttnos. de la Personalidad	7931	4838	2336	140	15245
Ttnos. de Ansiedad	16244	23445	4217	965	44871
Depresión	4358	15640	3281	780	24059
Uso de sustancias	1646	2845	1394	92	5977
Ttnos. Orgánicos	531	315	411	102	1359
Otros ttnos. Neuróticos	1479	1832	168	19	3498
Ttnos de la Alimentación	9375	924	2056	19	12374
Ttnos Adaptativos	8380	4618	2676	317	15991
Retraso Mental	1897	115	222	8	2242
Códigos V	3249	1656	693	122	5720
Ttnos de la Infancia	0	0	0	0	0
Otros	45013	17784	7246	1639	71682
Total	165220	114816	41805	6174	328015

Contactos psicoterapéuticos por diagnósticos y estados civiles



Contactos psicoterapéuticos por diagnósticos y estados civiles

Diagnósticos
1.Esquizofrenia
2.Trastornos de Ansiedad
3.Trastornos de la Personalidad
4.Psicosis Afectivas
5.Depresión
6.Otras Psicosis
7.Trastornos Adaptativos
8.Uso de sustancias
9.Trastornos de la Alimentación
10.Códigos V
11.Retraso Mental
12.Otros trastornos Neuróticos
13.Trastornos Orgánicos

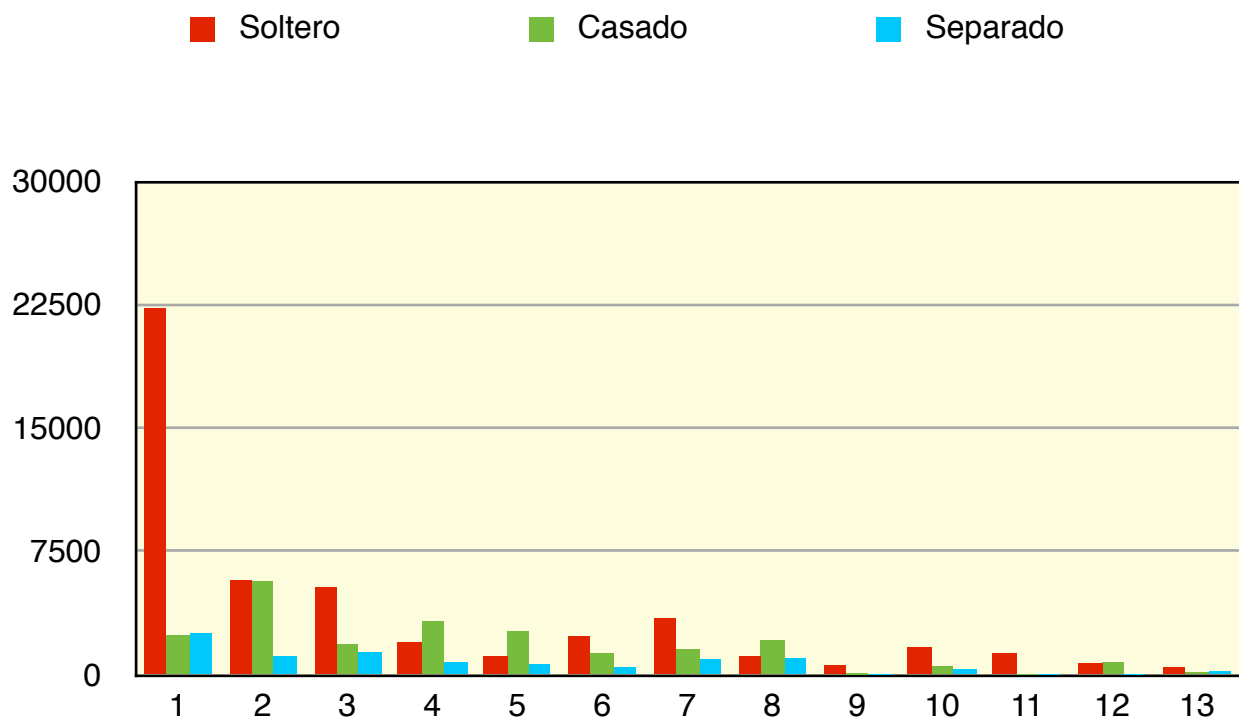
4.2.13 Contactos psicoterapéuticos por diagnóstico, género y estado civiles.

De los 570.304 contactos psicoterapéuticos, resultan no tener estado civil un total de 242.289. Representamos un total de 321.801, que sumados a los 242.289 perdidos, más 40 perdidos que se han generado al subdividir los estados civiles por sexos, más los 6174 viudos no incluidos en esta tabla, tenemos el total de 570.304 contactos psicoterapéuticos. Esto se debe a que sólo hemos incluido para el cruzar el sexo, diagnósticos y estados civiles *a los contactos que tenían información para las tres variables.*

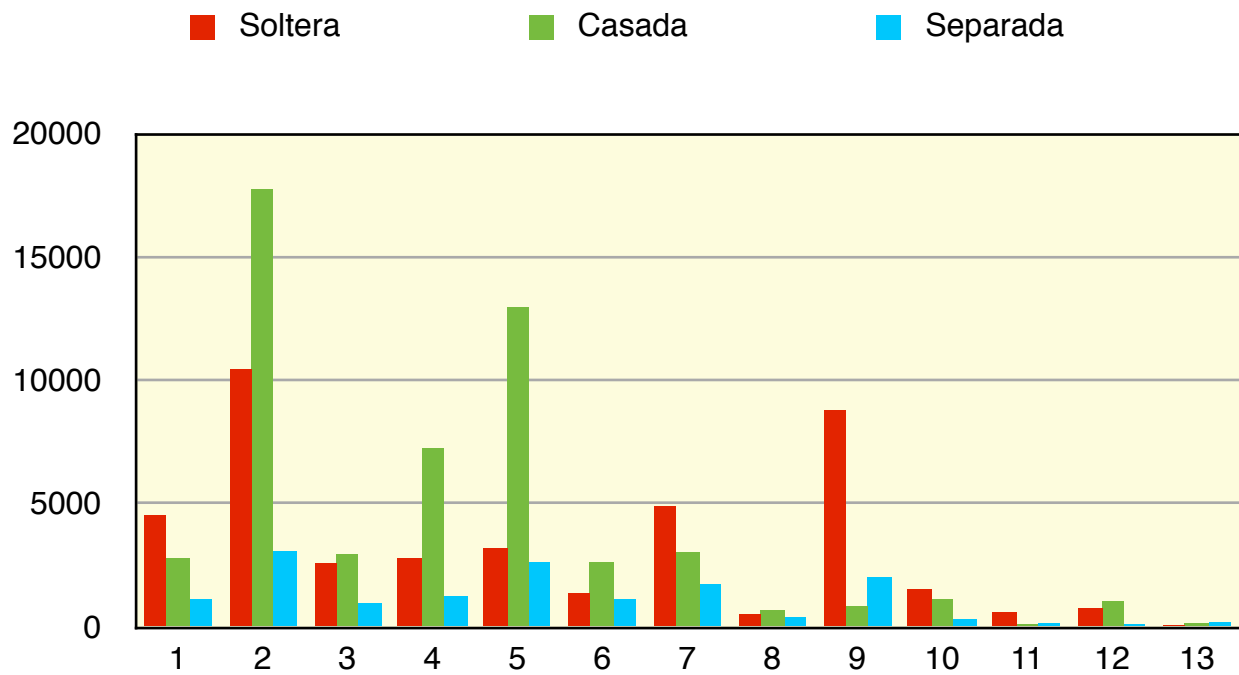
	Solteros		Casados		Separados/ divorciados	
Dco.	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Sin Diagnóstico	16984	12781	15492	5600	6846	2887
Esquizofrenia	4543	22305	2798	2402	1143	2562
Otras Psicosis	1373	2356	2641	1309	1144	465
Psicosis Afectivas	2781	1994	7250	3279	1267	791
Ttnos. de la Personalidad	2605	5326	2957	1881	954	1382
Ttnos. de Ansiedad	10450	5794	17747	5698	3056	1161
Depresión	3185	1172	12946	2693	2613	668
Uso de sustancias	500	1146	701	2144	394	1000
Ttnos. Orgánicos	73	458	155	160	194	217
Otros ttnos. Neuróticos	760	719	1032	800	113	55
Ttnos de la Alimentación	8803	572	862	62	2033	23

	Solteros		Casados		Separados/ divorciados	
Dco.	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Ttnos Adaptativos	4903	3477	3050	1568	1737	939
Retraso Mental	590	1307	97	18	174	48
Códigos V	1530	1719	1120	536	325	368
Ttnos de la Infancia	0	0	0	0	0	0
Otros	18906	26107	11622	6157	4593	2653
Total	77986	87233	80470	34307	26586	15219

Contactos psicoterapéuticos por diagnóstico, género y estado civiles.



Contactos psicoterapéuticos por diagnóstico, y estados civiles: hombres.



Contactos psicoterapéuticos por diagnóstico, y estados civiles: mujeres.

Diagnósticos
1.Esquizofrenia
2.Trastornos de Ansiedad
3.Trastornos de la Personalidad
4.Psicosis Afectivas
5.Depresión
6.Otras Psicosis
7.Trastornos Adaptativos
8.Uso de sustancias
9.Trastornos de la Alimentación
10.Códigos V
11.Retraso Mental
12.Otros trastornos Neuróticos
13.Trastornos Orgánicos

4.3 CONTACTOS PSICOTERAPÉUTICOS: DISTRIBUCIÓN ANUAL.

4.3.1 Contactos globales por años.

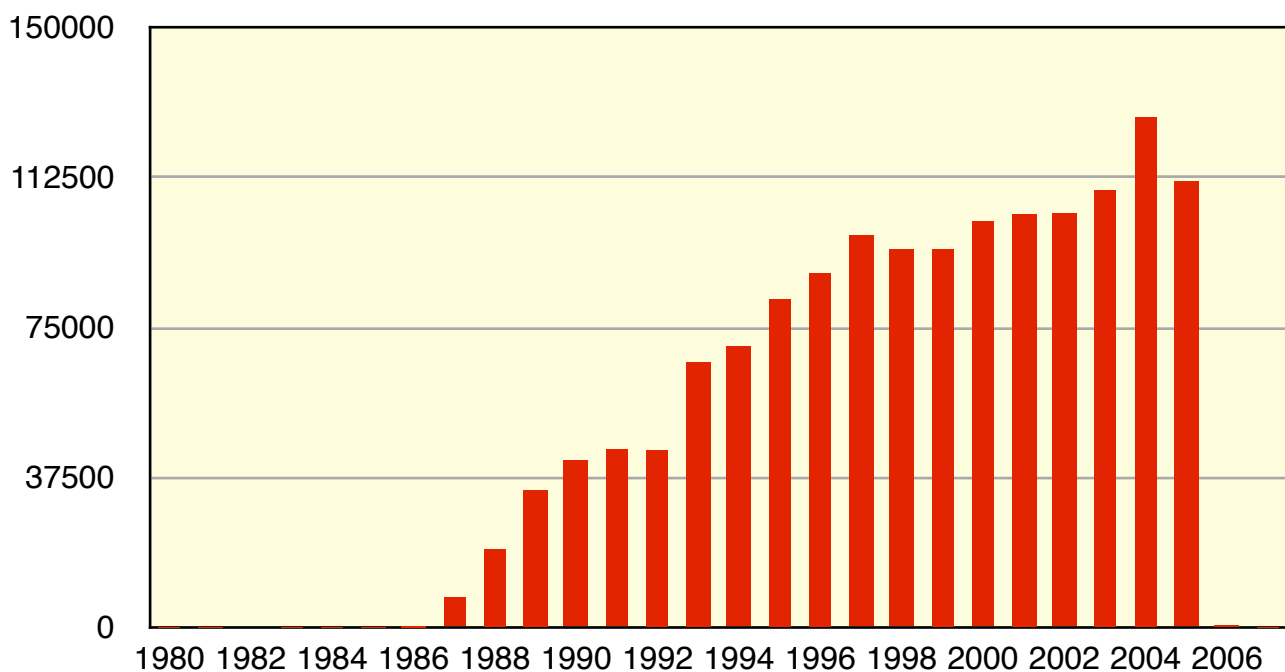
En esta tabla se recoge cómo se ha distribuido la totalidad de los contactos, tanto psicoterapéuticos como no psicoterapéuticos a lo largo del período estudiado. Suman el total de 1.444.677 contactos en la base de datos, de los cuales se disponía de la fecha. Seguidamente se ofrece una gráfica de cómo han evolucionado las cifras globales a lo largo de los años.

Año	Contactos (Global)	Proporción de contactos (Global)	Entradas Perdidas	Proporción de Entradas Perdidas
1980	1	0,00%	62	
1981	1	0,00%		
1982	0	0,00%		
1983	90	0,01%		
1984	155	0,01%		
1985	112	0,01%		
1986	284	0,02%	165	58,098%
1987	7524	0,52%	1278	16,98%
1988	19683	1,36%	3442	17,48%
1989	34356	2,38%	4481	13,04%
1990	41807	2,89%	5407	12,93%
1991	44510	3,08%	5801	13,03%
1992	44414	3,07%	7249	16,32%
1993	66337	4,59%	7338	11,06%
1994	70257	4,86%	7264	10,33%
1995	82106	5,68%	8279	10,08%
1996	88684	6,14%	13065	14,73%
1997	98003	6,78%	19267	19,65%
1998	94457	6,54%	21698	22,97%
1999	94566	6,55%	23533	24,88%

Año	Contactos (Global)	Proporción de contactos (Global)	Entradas Perdidas	Proporción de Entradas Perdidas
2000	101524	7,03%	25634	25,24%
2001	103298	7,15%	29623	28,67%
2002	103466	7,16%	34904	33,73%
2003	109329	7,57%	39647	36,26%
2004	127594	8,83%	49054	38,44%
2005	111516	7,72%	47178	42,30%
2006	602	0,04%	369	61,29%
2007	1	0,00%	0	0%
Total	1444677	99,99%	354676	

Total de contactos por años.

■ Contactos Globales



Total de contactos por años.

4.3.2 Contactos psicoterapéuticos por años.

De los contactos que han recibido atención de cualquier tipo, que sumaban 1.444.677 debemos recordar que para nuestro conteo había un total de 354.738 que NO disponían de los suficientes datos como para saber si era una atención psicoterapéutica o una atención psicoterapéutica: tras la sustracción de estos datos perdidos, se concluía que un total de 570.304 contactos sí eran terapéuticos, lo cual suponía el 52,32% de los contactos válidos.

A continuación se ofrece la cantidad de contactos psicoterapéuticos por años, totales y en proporción, desde el inicio del registro de datos.

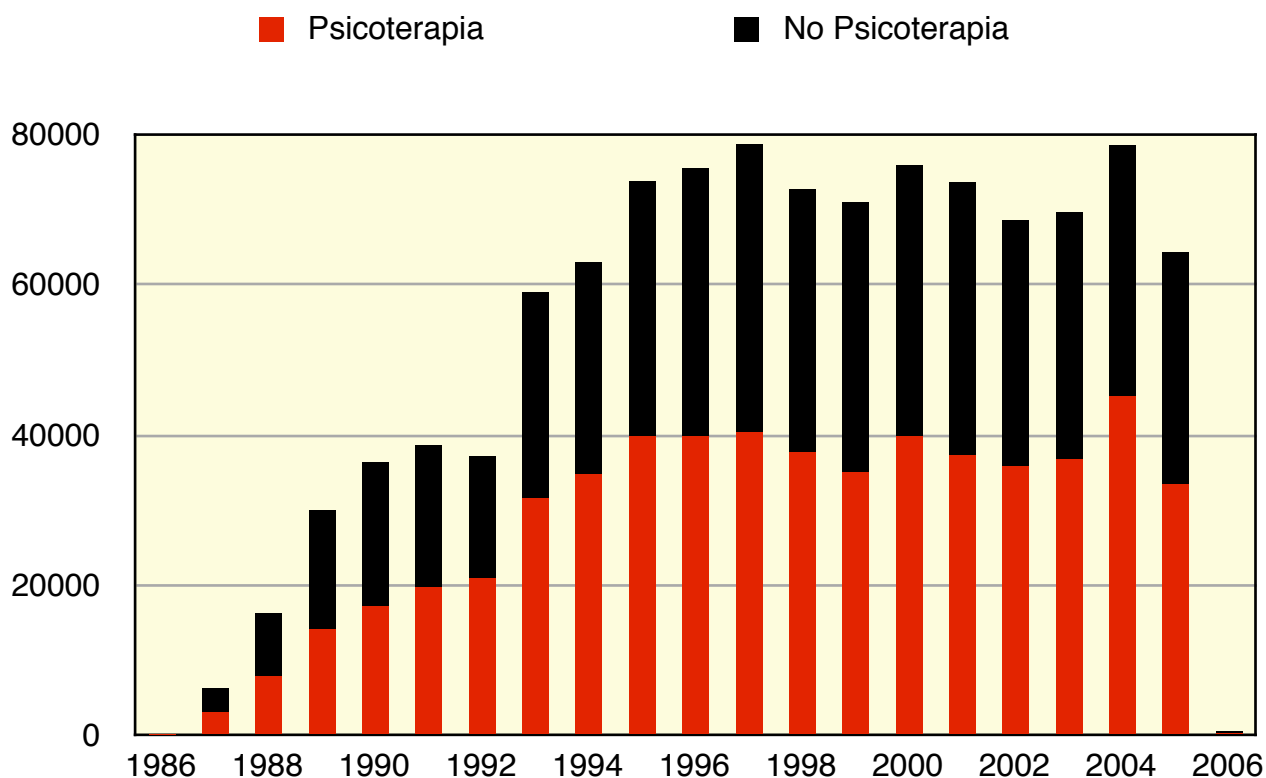
De esta forma podemos contemplar la cantidad relativa de contactos psicoterapéuticos sobre el total de contactos, dando así una idea de cómo fluctúa la tendencia a lo largo de los años.

Año	Psicoterapia No	Psicoterapia Si	Proporción PT
1986	58	61	51,2605%
1987	3194	3052	48,886%
1988	8447	7794	47,989%
1989	15734	14141	47,333%
1990	19227	17173	47,178%
1991	19051	19658	50,784%
1992	16236	20929	56,313%
1993	27412	31587	53,538%
1994	28247	34746	55,151%
1995	33961	39866	53,999%
1996	35850	39769	52,591%
1997	38385	40351	51,248%
1998	35104	37655	51,816%
1999	36016	35017	49,296%

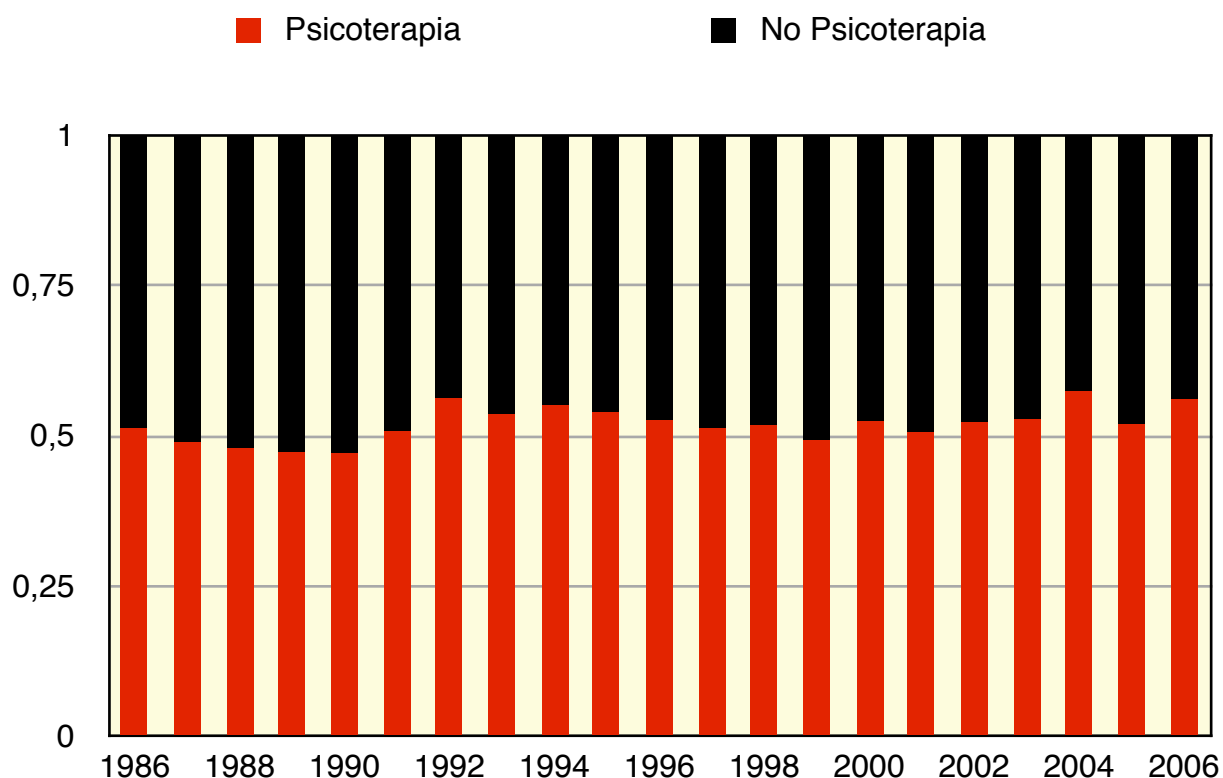
Año	Psicoterapia No	Psicoterapia Si	Proporción PT
2000	36091	39799	52,443%
2001	36433	37242	50,549%
2002	32720	35842	52,276%
2003	32933	36749	52,738%
2004	33398	45142	57,476%
2005	30904	33434	51,966%
2006	233	297	56,037%
2007	1	0	0%
	519635	570304	

Total de contactos psicoterapéuticos por años.

Ofrecemos una representación gráfica de los datos anteriores, tanto absolutos como relativos.



Contactos psicoterapéuticos y no psicoterapéuticos por años.



Contactos psicoterapéuticos y no psicoterapéuticos por años. Relación proporcional.

4.3.3 Psicoterapia individual: distribución anual.

Disponemos de la evolución por años de los contactos psicoterapéuticos de Psicoterapia Individual, con los siguientes resultados. Hemos incluido como psicoterapia individual la Psicoterapia Verbal de Apoyo del Área 9 y el Tratamiento Combinado del Área 3.

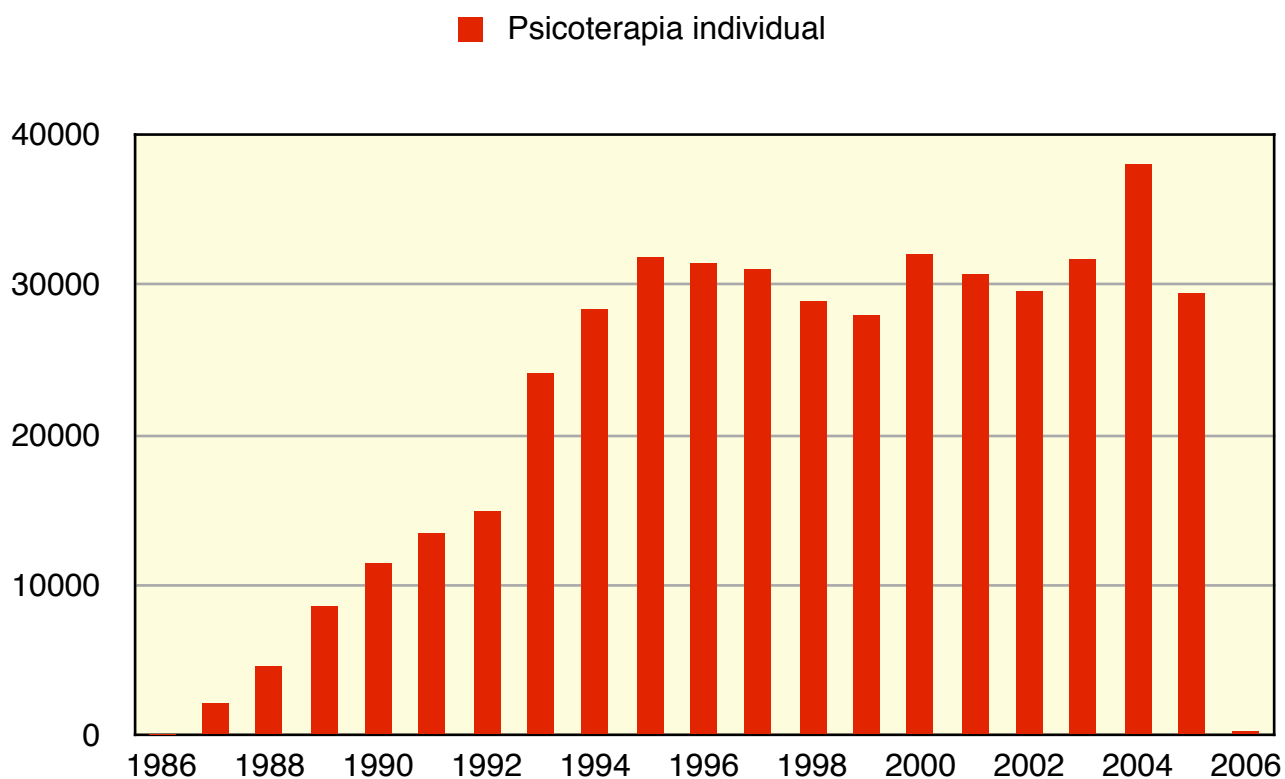
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10
1986	45	0	5	<u>50</u>	61	73,770%	0,000%	8,197%	<u>81,967%</u>
1987	2034	100	3	<u>2137</u>	3052	66,644%	3,277%	0,098%	<u>70,019%</u>
1988	4424	178	3	<u>4605</u>	7794	56,761%	2,284%	0,038%	<u>59,083%</u>
1989	8071	491	0	<u>8562</u>	14141	57,075%	3,472%	0,000%	<u>60,547%</u>
1990	10665	812	0	<u>11477</u>	17173	62,103%	4,728%	0,000%	<u>66,831%</u>
1991	11061	1345	1050	<u>13456</u>	19658	56,27%	6,842%	5,341%	<u>68,451%</u>
1992	11511	1175	2262	<u>14948</u>	20929	55,00%	5,614%	10,808%	<u>71,422%</u>
1993	16574	4915	2637	<u>24126</u>	31587	52,470%	15,560%	8,348%	<u>76,379%</u>

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9	10
1994	19522	6130	2722	<u>28374</u>	34746	56,18%	17,642%	7,834%	<u>81,661%</u>
1995	22360	5107	4384	<u>31851</u>	39866	56,09%	12,810%	10,997%	<u>79,895%</u>
1996	23576	5419	2419	<u>31414</u>	39769	59,28%	13,626%	6,083%	<u>78,991%</u>
1997	22015	7824	1206	<u>31045</u>	40351	54,56%	19,390%	2,989%	<u>76,937%</u>
1998	19231	8044	1622	<u>28897</u>	37655	51,07%	21,362%	4,308%	<u>76,741%</u>
1999	17965	8196	1837	<u>27998</u>	35017	51,30%	23,406%	5,246%	<u>79,955%</u>
2000	20715	8173	3136	<u>32024</u>	39799	52,05%	20,536%	7,880%	<u>80,464%</u>
2001	19954	8659	2125	<u>30738</u>	37242	53,58%	23,251%	5,706%	<u>82,536%</u>
2002	15923	9137	4494	<u>29554</u>	35842	44,43%	25,492%	12,538%	<u>82,456%</u>
2003	17074	11048	3609	<u>31731</u>	36749	46,46%	30,063%	9,821%	<u>86,345%</u>
2004	17488	18144	2401	<u>38033</u>	45142	38,74%	40,193%	5,319%	<u>84,252%</u>
2005	14804	12792	1851	<u>29447</u>	33434	44,28%	38,260%	5,536%	<u>88,075%</u>
2006	108	157	0	<u>265</u>	297	36,36%	52,862%	0,000%	<u>89,226%</u>
	295120	117846	37766	<u>450732</u>					

Contactos de psicoterapia individual por años.

1. Año
2. Psicoterapia Individual (Contactos totales A3 y A9)
3. Tratamiento combinado (Contactos totales TC: Área 3)
4. Psicoterapia Verbal de Apoyo (Contactos totales de PVA: Área 9)
5. Total (Absoluto de contactos de psicoterapia individual)
6. Total de contactos (Psicoterapéuticos y no psicoterapéuticos)
7. Individual (Proporción sobre la psicoterapia total)
8. Tratamiento Combinado (Proporción sobre la psicoterapia total)
9. Psicoterapia Verbal de Apoyo (Proporción sobre la psicoterapia total)
10. Total (Proporción de (PI+TC+PVA) sobre la psicoterapia global)

Representamos gráficamente la evolución del número de contactos de psicoterapia individual a lo largo de los años.



Contactos de psicoterapia individual por años.

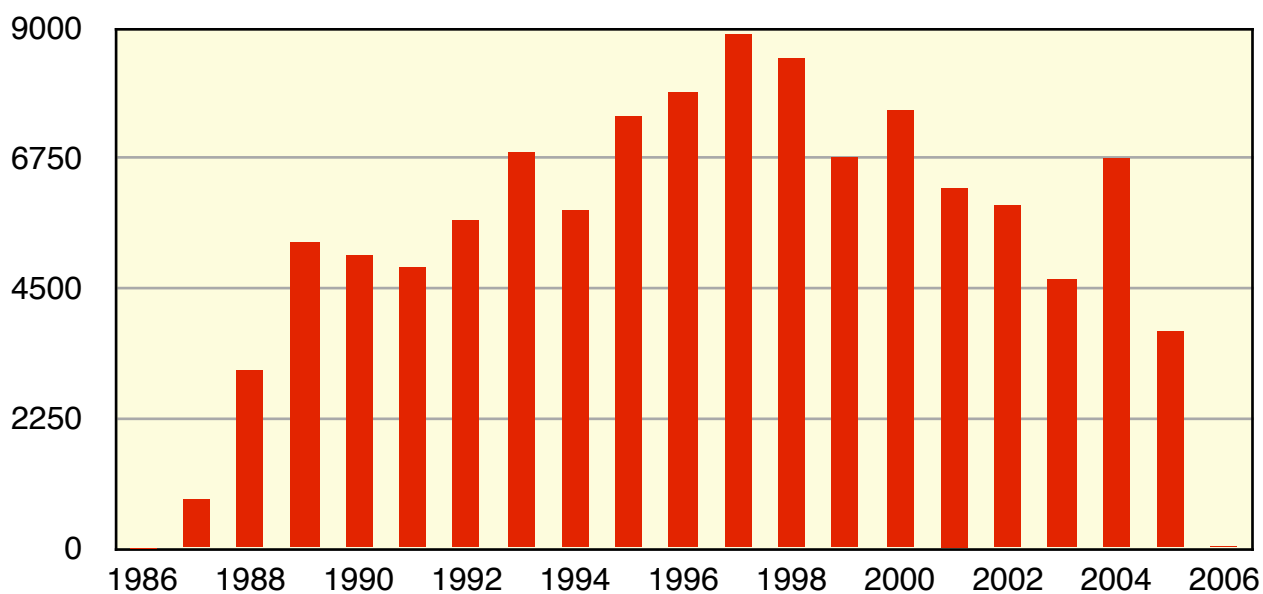
4.3.4 Psicoterapia de grupo: distribución anual.

Año	Total Registros Terapia de Grupo	% de la Psicoterapia Global
1986	10	16,39344%
1987	841	27,5557%
1988	3075	39,45343%
1989	5292	37,42%
1990	5072	29,53473%
1991	4855	24,69732%
1992	5670	27,09160%
1993	6856	21,70513%
1994	5853	16,85%

Año	Total Registros Terapia de Grupo	% de la Psicoterapia Global
1995	7464	18,72272%
1996	7880	19,81%
1997	8897	22,05%
1998	8470	22,49%
1999	6759	19,30%
2000	7573	19,03%
2001	6234	16,74%
2002	5936	16,56%
2003	4651	12,65613%
2004	6738	14,92623%
2005	3754	11,23%
2006	28	9,43%
	111908	

Psicoterapia de grupo. Distribución anual.

■ Psicoterapia de Grupo. Valores absolutos.



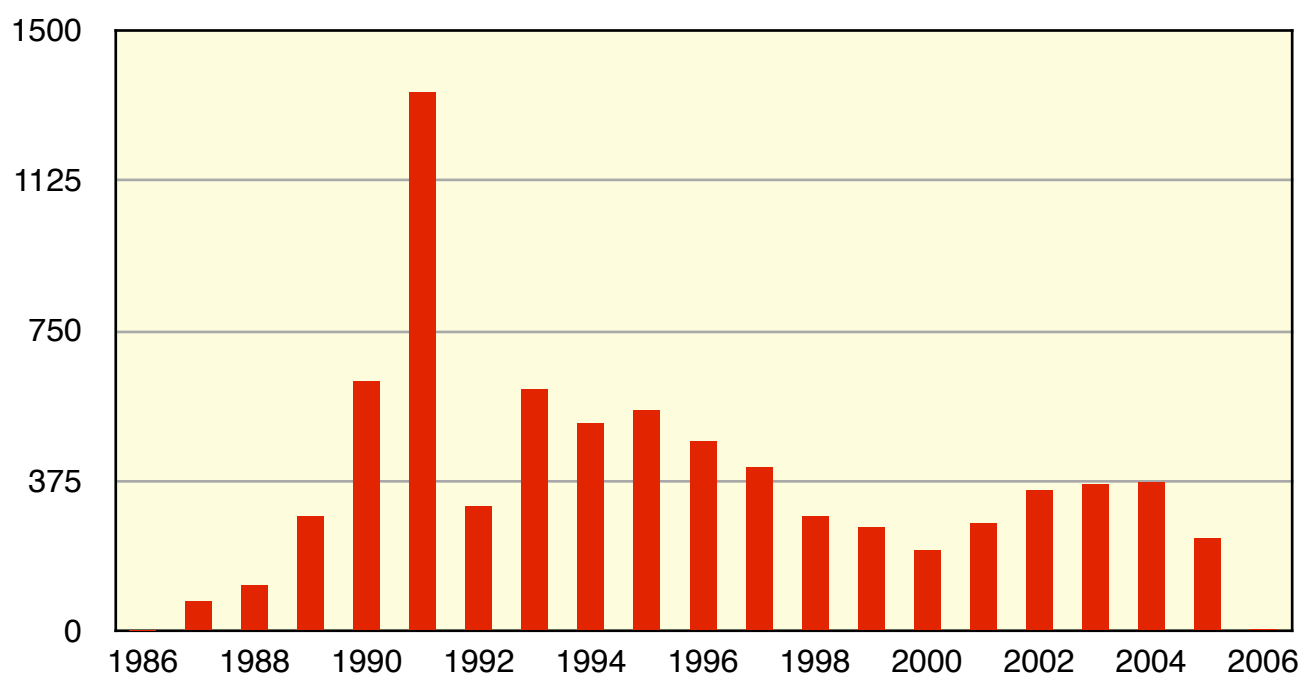
Psicoterapia de grupo. Distribución anual.

4.3.5 Psicoterapia de pareja/familiar: distribución anual.

AÑO	TOTAL REGISTROS	PROPORCIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN ESE AÑO
1986	1	1,63934%
1987	74	2,42464%
1988	114	1,46266%
1989	287	2,02956%
1990	624	3,63361%
1991	1347	6,85217%
1992	311	1,48598%
1993	605	1,91534%
1994	519	1,49370%
1995	551	1,38213%
1996	475	1,19440%
1997	409	1,01361%
1998	288	0,76484%
1999	260	0,74250%
2000	202	0,50755%
2001	270	0,72499%
2002	352	0,98209%
2003	367	0,99867%
2004	371	0,82185%
2005	233	0,69690%
2006	4	1,35%
	7664	

Psicoterapia de pareja/familiar: distribución anual.

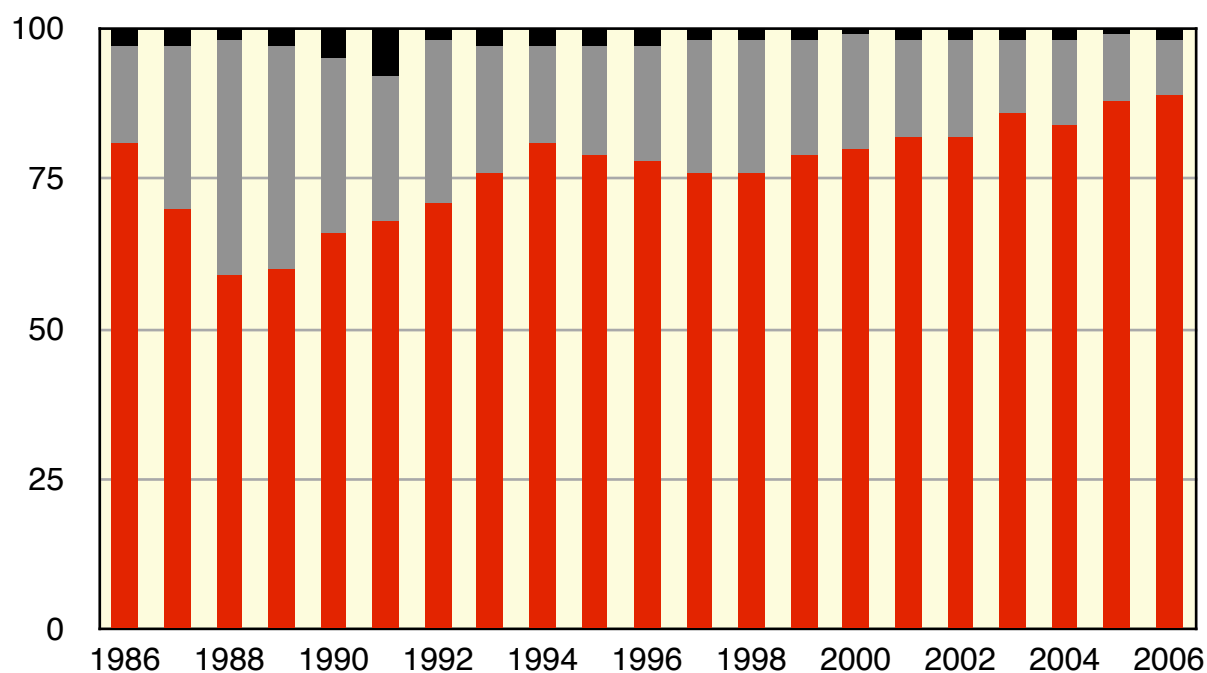
■ Terapia de Pareja/Familiar. Valores Absolutos.



Psicoterapia de pareja/familiar: distribución anual.

Comparamos las cantidades relativas de los diferentes tipos de psicoterapias y lo representamos gráficamente:

■ Individual ■ Grupo ■ Familia



Modalidades de psicoterapia. Representación gráfica relativa.

4.4 CONTACTOS PSICOTERAPÉUTICOS: DISTRIBUCIÓN MENSUAL

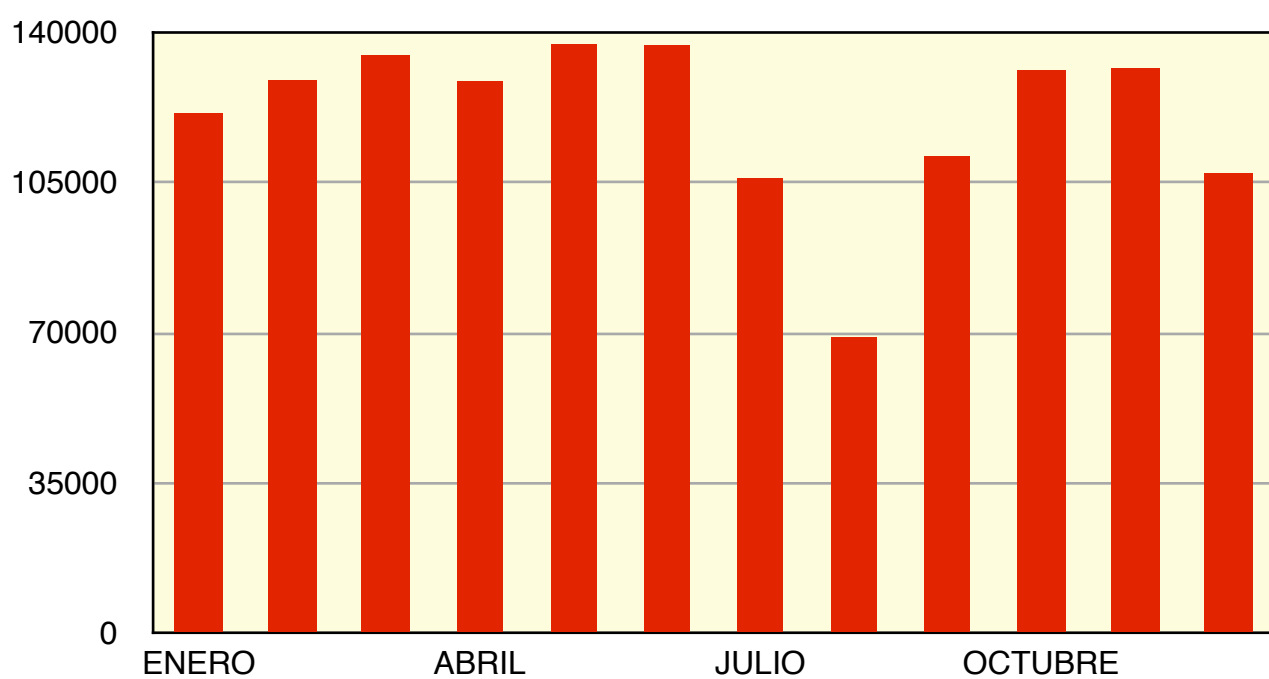
4.4.1 Contactos globales por meses.

Ofrecemos a continuación la distribución por meses del año de los contactos, tanto psicoterapéuticos como no psicoterapéuticos.

Mes	Contactos Absolutos	Contactos Proporción
Enero	121339	8,39904%
Febrero	128885	8,92137135%
Marzo	134746	9,32706757%
Abril	128608	8,90219752%
Mayo	137324	9,50551577%
Junio	137036	9,48558051%
Julio	106030	7,33935683%
Agosto	69104	4,78335296%
Septiembre	111236	7,69971419%
Octubre	131314	9,08950582%
Noviembre	131802	9,123285%
Diciembre	107253	7,42401243%
Total	1444677	99,99999995%

Contactos globales por meses.

■ Contactos absolutos por meses. Valores Absolutos.



Contactos globales por meses.

4.4.2 Psicoterapia individual por meses del año.

De la misma forma se ofrece la distribución por meses del año de la psicoterapia individual, con los siguientes resultados. Recordamos que se incluyen en la psicoterapia individual tanto la psicoterapia verbal de apoyo del Área 9 como el tratamiento combinado del Área 3.

1	2	3	4	5	6	7
Enero	24709	9634	3411	37754	20711	17043
Febrero	26227	9664	3397	39288	21501	17787
Marzo	27249	10899	3611	41759	23017	18742
Abril	26009	10585	3514	40108	22454	17654
Mayo	27200	10890	3214	41304	23500	17804
Junio	27590	11196	3490	42276	24118	18158
Julio	22847	9366	2801	35014	20241	14773
Agosto	13203	6858	1905	21966	13446	8520
Septiembre	25344	9562	2858	37764	21421	16343
Octubre	27276	10003	3684	40963	22530	18433
Noviembre	26282	10072	3271	39625	22223	17402
Diciembre	21184	9117	2610	32911	18856	14055
Total	295120	117846	37766	450732	254018	196714

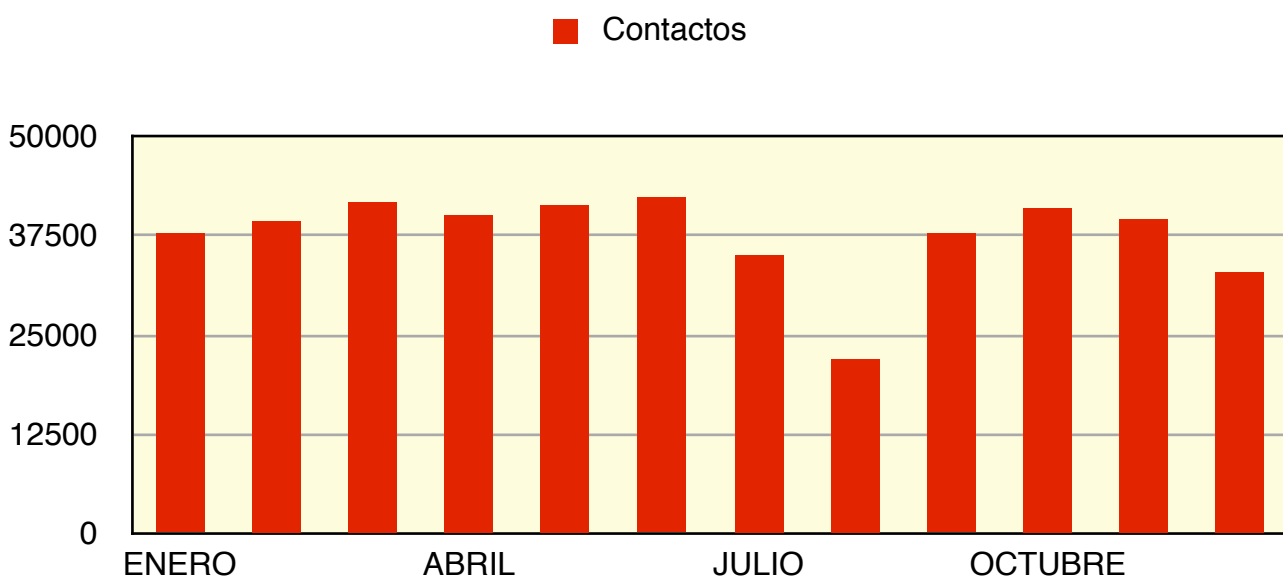
Contactos de psicoterapia individual por meses del año.

1. Mes
2. Psicoterapia Individual
3. Tratamiento combinado (Área 3)
4. Psicoterapia Verbal de Apoyo (Área 9)
5. Total (Absoluto)
6. Total Área 3
7. Total Área 9

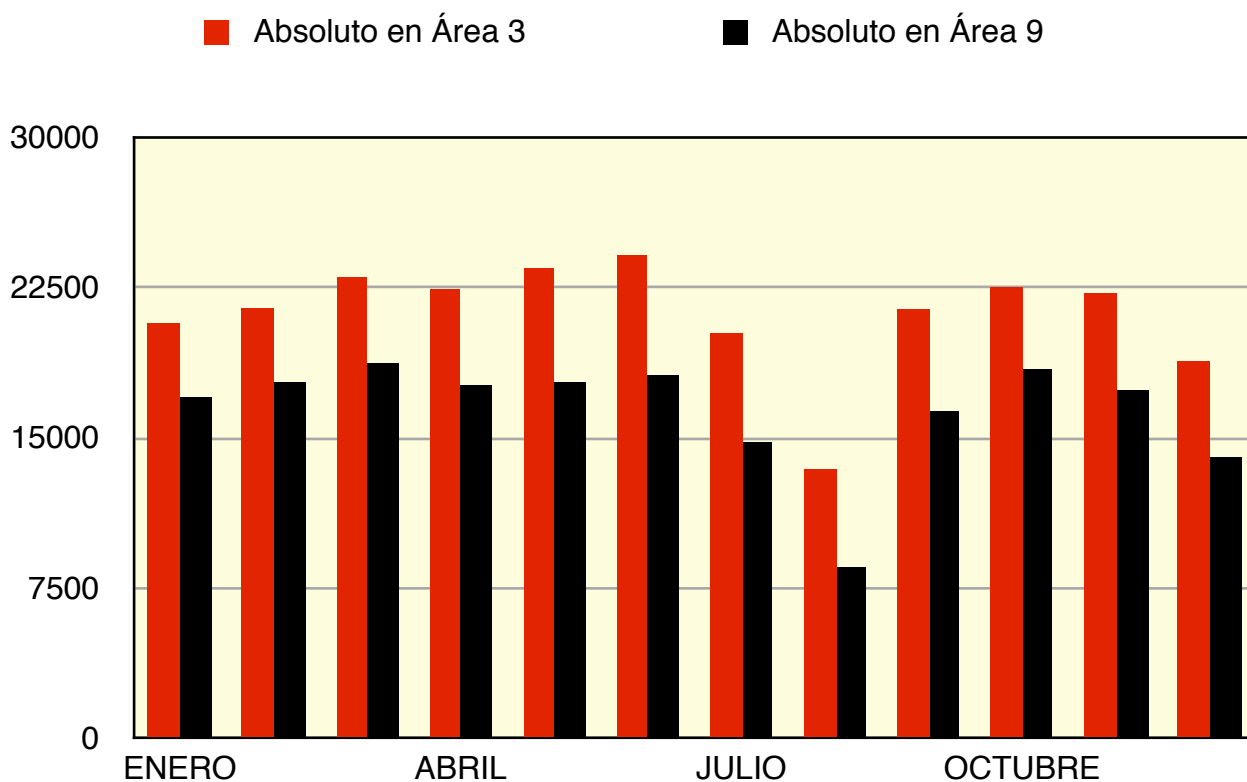
Mes	Área 3	Área 9
Enero	8,153%	8,663%
Febrero	8,464%	9,042%
Marzo	9,061%	9,527%
Abril	8,839%	8,974%
Mayo	9,251%	9,050%
Junio	9,494%	9,230%
Julio	7,968%	7,509%
Agosto	5,293%	4,331%
Septiembre	8,432%	8,308%
Octubre	8,869%	9,370%
Noviembre	8,748%	8,846%
Diciembre	7,423%	7,144%
Total	99,995%	99,994%

Psicoterapia individual por meses del año y áreas de salud

Representamos gráficamente el global de contactos de psicoterapia individual desglosado por meses, y luego ofrecemos a su vez la representación gráfica a nivel de cada área de salud.



Contactos de psicoterapia individual por meses del año.



Psicoterapia individual por meses del año y áreas de salud.

4.4.3 Psicoterapia de grupo por meses del año

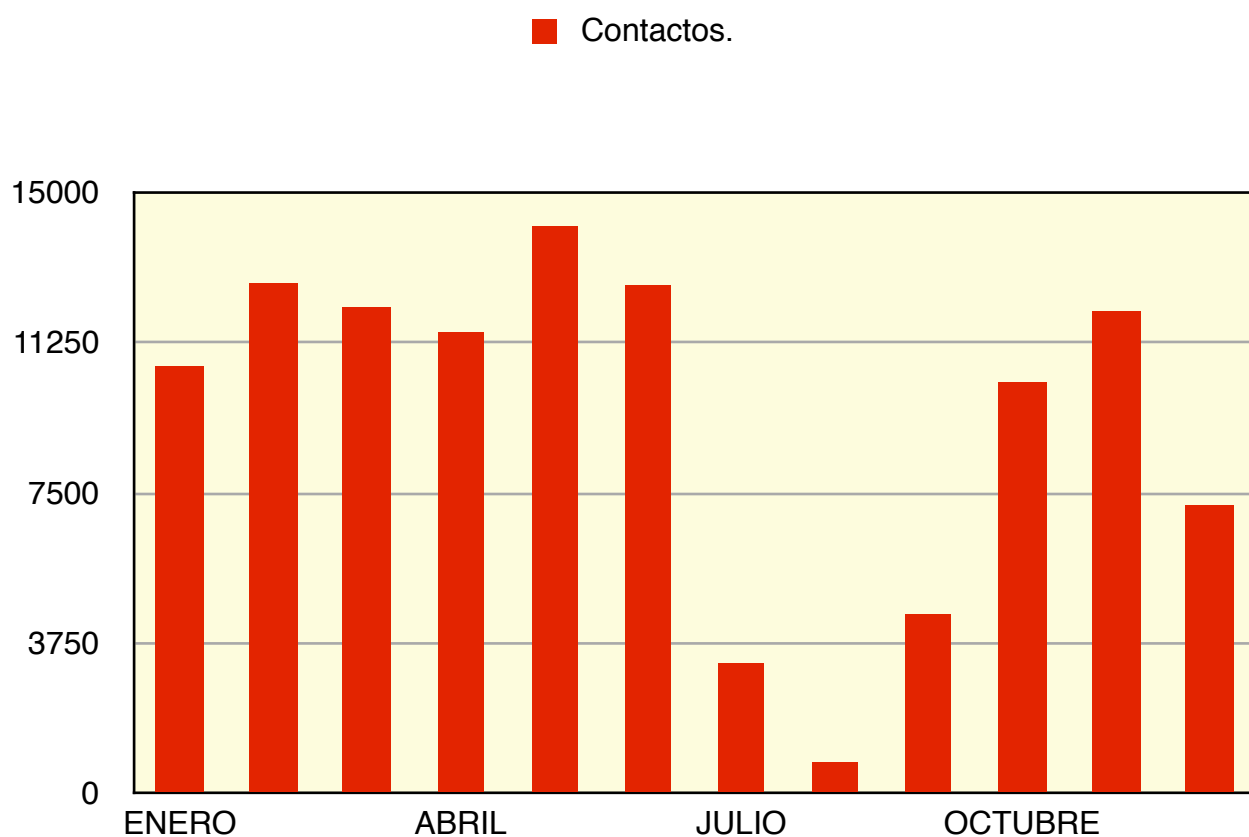
Mes	Contactos (Absoluto)	Proporción contactos	Absoluto en Área 3	Absoluto en Área 9
Enero	10671	9,53551131%	6484 (60,76%)	4187 (39,23%)
Febrero	12738	11,3825642%	8012 (62,89%)	4726 (37,101%)
Marzo	12145	10,8526647%	7746 (63,77%)	4399 (36,22%)
Abril	11523	10,296851%	7351 (63,79%)	4172 (36,20%)
Mayo	14160	12,6532509%	9400 (66,3841%)	4760 (33,61%)
Junio	12678	11,3289488%	8531 (67,28%)	4147 (32,71%)
Julio	3250	2,90417128%	2391 (73,56%)	859 (36,4307%)

Mes	Contactos (Absoluto)	Proporción contactos	Absoluto en Área 3	Absoluto en Área 9
Agosto	775	0,69253315%	534 (68,903%)	241 (31,096%)
Septiembre	4474	3,9979%	3206 (71,658%)	1268 (28,34%)
Octubre	10256	9,16467098%	6043 (58,9216%)	4213 (41,078%)
Noviembre	12039	10,757944%	7721 (64,133%)	4318 (35,866%)
Diciembre	7199	6,43296279%	4325 (60,077%)	2874 (39,922%)
Total	111908	99,99997311%	71744	40164

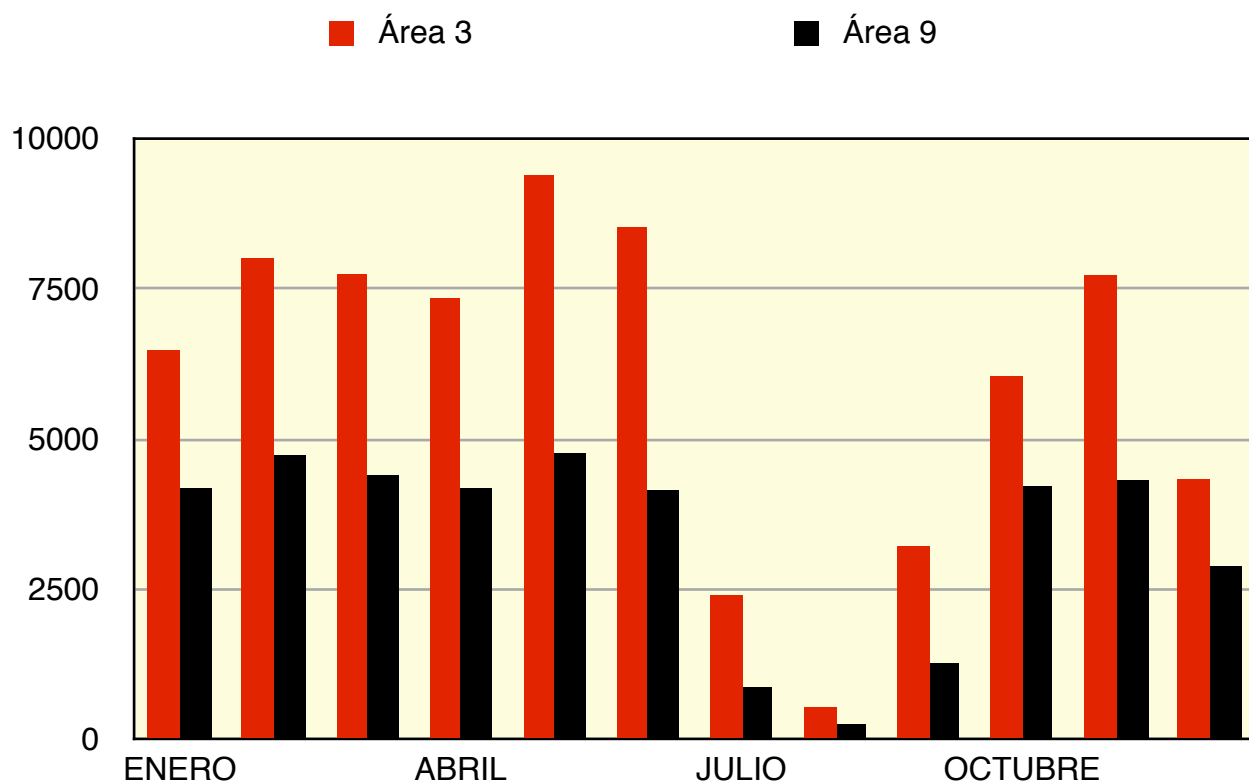
Contactos de psicoterapia de grupo por meses del año. Cantidades por áreas de salud.

Mes	Área 3	Área 9
Enero	9,038%	10,425%
Febrero	11,167%	11,767%
Marzo	10,797%	10,953%
Abril	10,246%	10,387%
Mayo	13,102%	11,851%
Junio	11,891%	10,325%
Julio	3,333%	2,139%
Agosto	0,744%	0,6%
Septiembre	4,469%	3,157%
Octubre	8,423%	10,489%
Noviembre	10,762%	10,751%
Diciembre	6,028%	7,156%
Total	100%	100%

Contactos de psicoterapia de grupo por meses del año. Proporción para cada área de salud.



Contactos de psicoterapia de grupo por meses del año.



4.4.4 Terapia de pareja /familiar por meses del año y área de salud

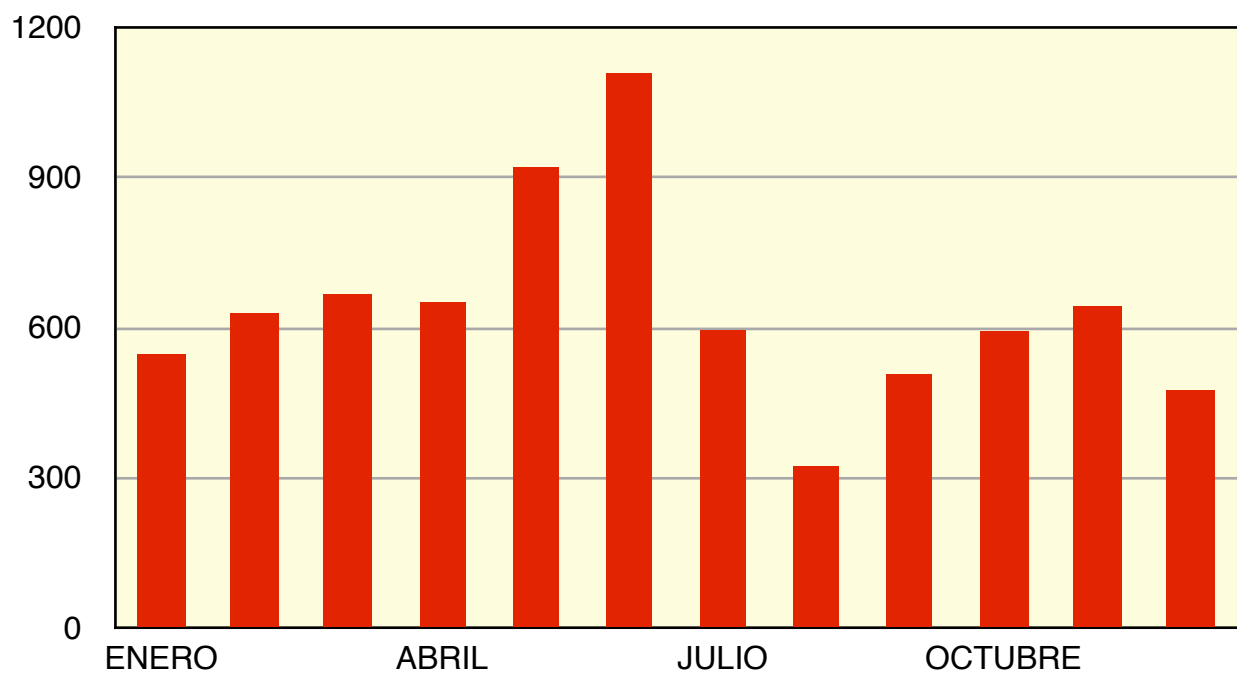
Mes	Contactos (Absoluto)	Proporción Contactos	Absoluto en Área 3	Absoluto en Área 9
Enero	547	7,137265%	258 (47,166%)	289 (52,833%)
Febrero	629	8,20720251%	310 (49,285%)	319 (50,71%)
Marzo	668	8,71607516%	343 (51,347%)	325 (48,65%)
Abril	652	8,50730689%	339 (51,99%)	313 (48,006%)
Mayo	921	12,0172234%	348 (37,785%)	573 (62,214%)
Junio	1109	14,4702505%	339 (30,568%)	770 (69,431%)
Julio	596	7,77617954%	295 (49,4966%)	301 (50,503%)
Agosto	324	4,227557411%	136 (41,975%)	188 (58,024%)
Septiembre	507	6,61534446764%	229 (45,16%)	278 (54,832%)
Octubre	593	7,7374739%	324 (54,63%)	269 (45,36%)
Noviembre	643	8,389874739%	333 (51,788%)	310 (48,211%)
Diciembre	475	6,19780793%	236 (49,68%)	239 (50,315%)
Total	7664	99,99956144764%		

Contactos de psicoterapia de pareja/familiar por meses del año. Cantidades por áreas de salud.

Mes	Área 3	Área 9
Enero	7,393%	8,576%
Febrero	8,883%	9,053%
Marzo	9,828%	9,519%
Abril	9,713%	8,896%
Mayo	9,971%	9,179%
Junio	9,713%	9,228%
Julio	8,453%	7,532%
Agosto	3,896%	4,162%
Septiembre	6,562%	8,484%
Octubre	9,284%	9,279%
Noviembre	9,542%	8,890%
Diciembre	6,762%	7,200%
Total	100%	99,998%

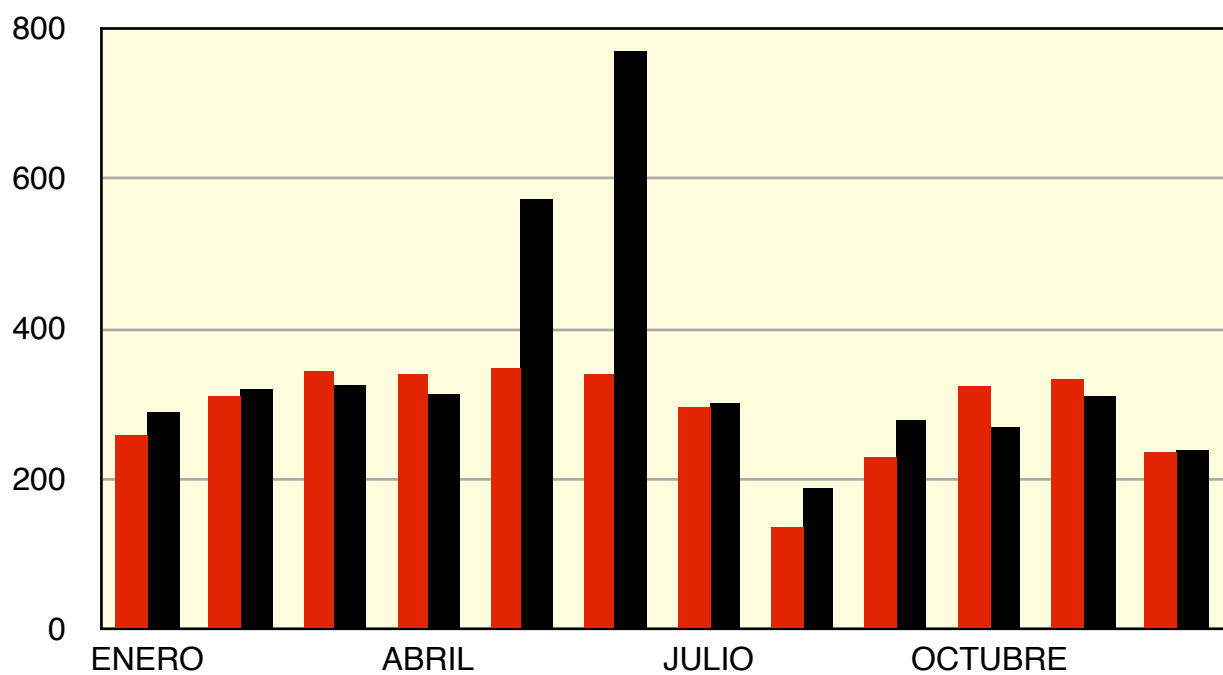
Contactos de psicoterapia de pareja/familia por meses del año. Proporción para cada área de salud.

■ Contactos.



Contactos de psicoterapia de pareja/familia por meses del año

■ Área 3 ■ Área 9



Contactos de psicoterapia de grupo por meses del año y área de salud.

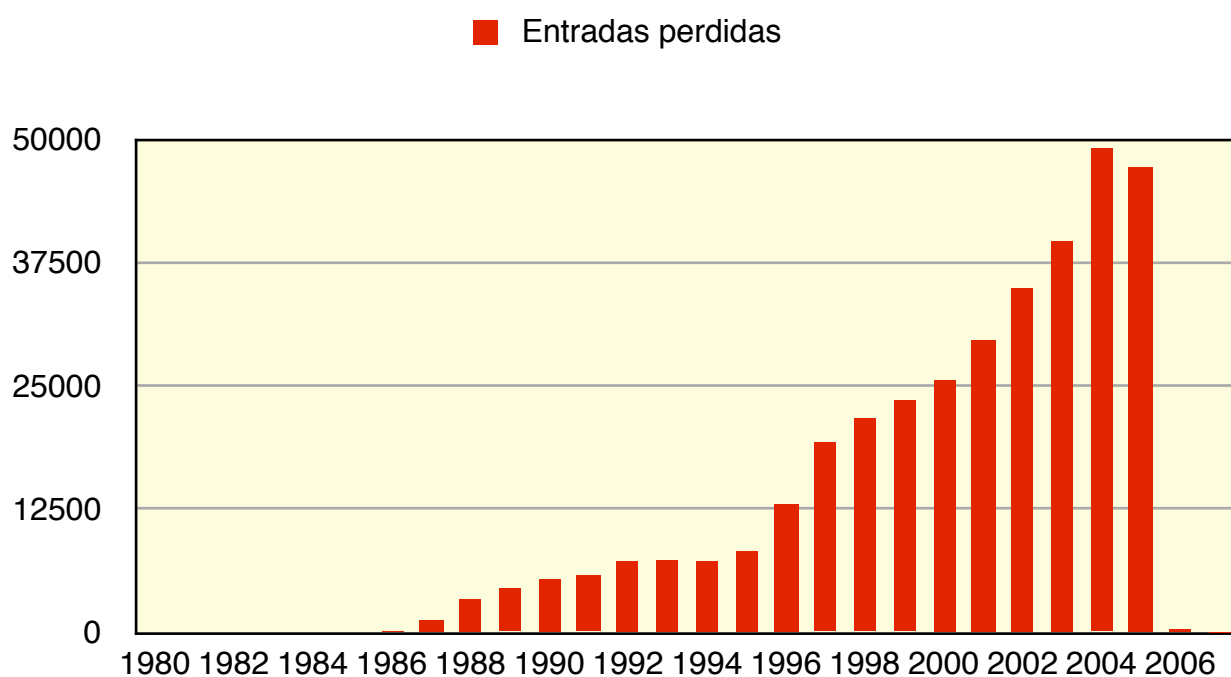
4.5 ENTRADAS PERDIDAS: DISTRIBUCIÓN CUANTITATIVA Y CRONOLÓGICA.

Mostramos a continuación la progresión del número de entradas perdidas a lo largo de los años, entradas que no han tenido validez para nuestra modalidad de atención psicoterapéutica.

Año	Contactos Globales	Entradas perdidas	Proporción Perdidos
1980	1	62	
1981	1		
1982	0		
1983	90		
1984	155		
1985	112		
1986	284	165	58,098%
1987	7524	1278	16,98%
1988	19683	3442	17,48%
1989	34356	4481	13,04%
1990	41807	5407	12,93%
1991	44510	5801	13,03%
1992	44414	7249	16,32%
1993	66337	7338	11,06%
1994	70257	7264	10,33%
1995	82106	8279	10,08%
1996	88684	13065	14,73%
1997	98003	19267	19,65%
1998	94457	21698	22,97%
1999	94566	23533	24,88%
2000	101524	25634	25,24%
2001	103298	29623	28,67%
2002	103466	34904	33,73%
2003	109329	39647	36,26%

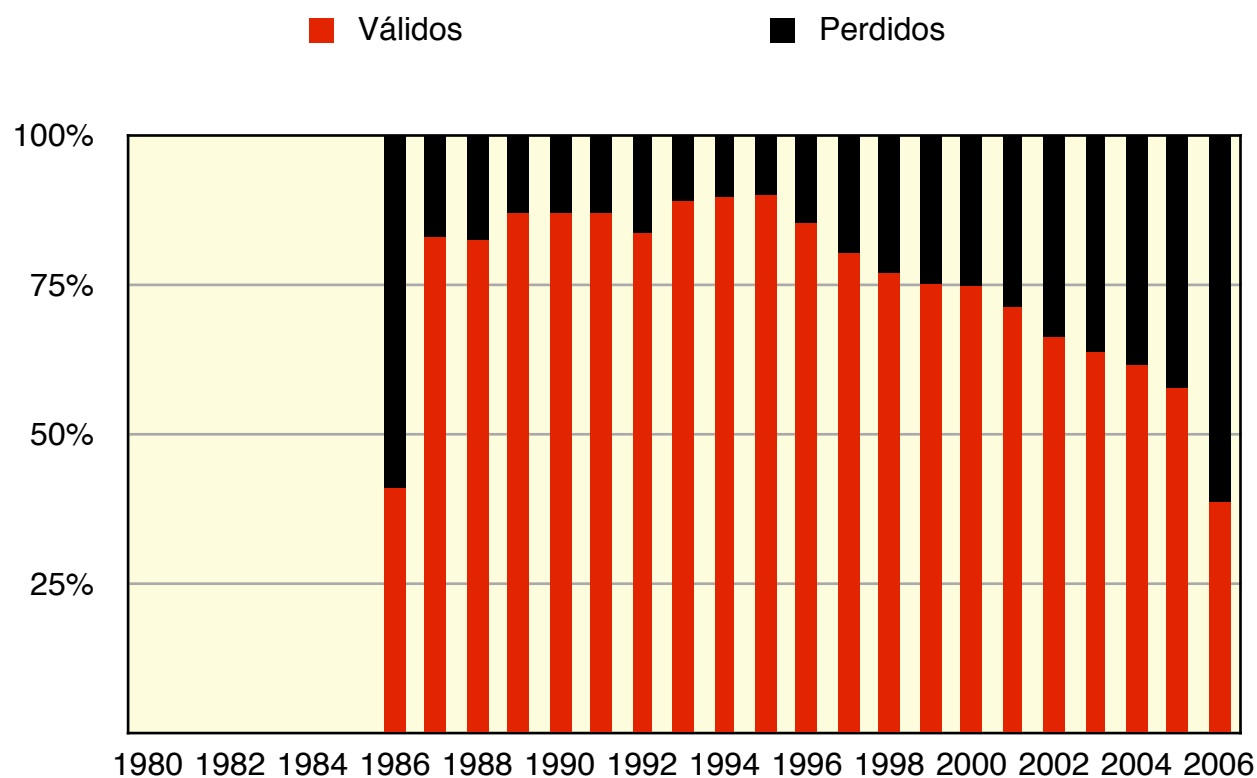
Año	Contactos Globales	Entradas perdidas	Proporción Perdidos
2004	127594	49054	38,44%
2005	111516	47178	42,30%
2006	602	369	61,29%
2007	1	0	0%
	1444677	354676	

Entradas perdidas. Distribución anual. Proporción sobre el total de contactos.

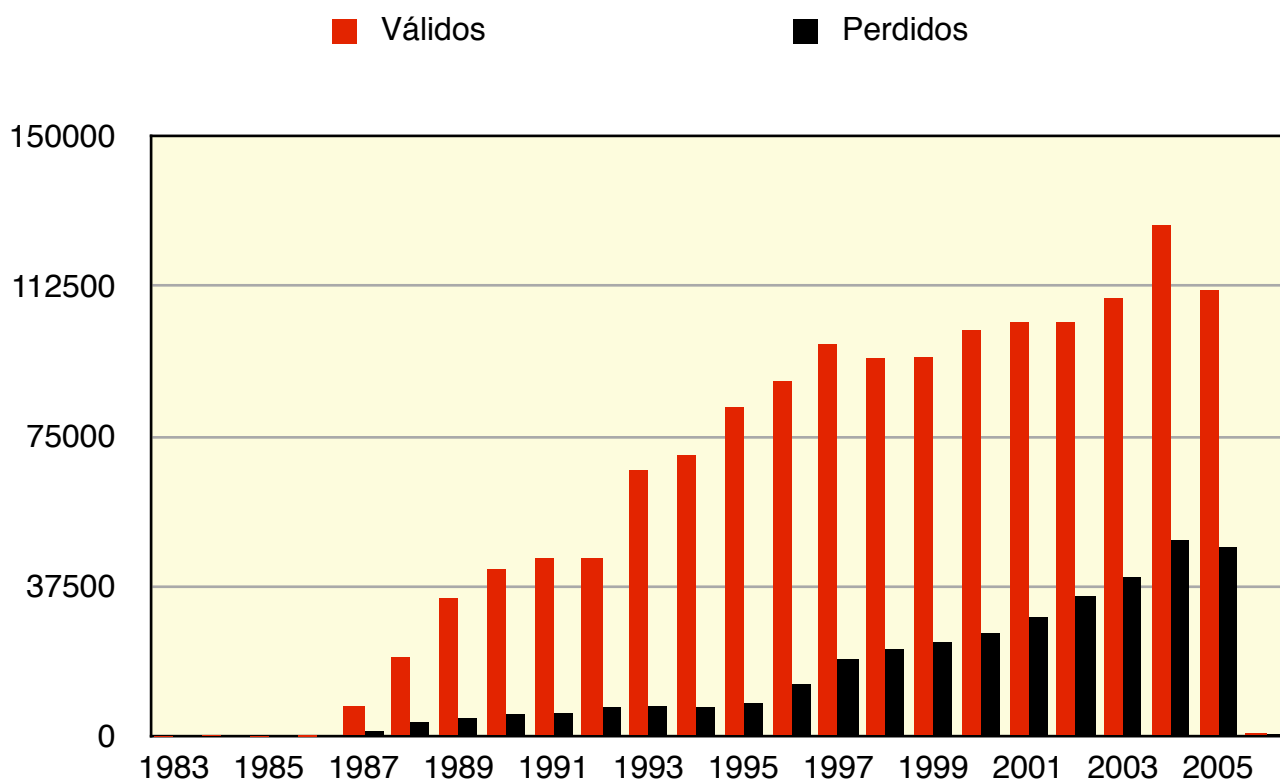


Entradas perdidas. Distribución anual.

En esta primera gráfica se observa una tendencia al alza en la cantidad absoluta de entradas perdidas: cada vez más entradas perdidas con el paso de los años. En las dos gráficas siguientes se muestra la proporción de entradas perdidas con respecto a las entradas válidas por años.



Proporción de entradas perdidas sobre el número global de contactos (I).



Proporción de entradas perdidas sobre el número global de contactos (II).

4.6 ESTUDIO DE LOS EPISODIOS

4.6.1 Definición y visión general

Se define episodio como un grupo de contactos que no distan entre sí más de 180 días. Ofrecemos primeramente datos globales sobre los episodios de atención en Salud Mental. El número absoluto de pacientes que han recibido psicoterapia es:

Área 3	Area 9	Total
34296	22670	56966
60,204%	39,795%	99,999%

Pacientes de psicoterapia.

Sobre toda la población se obtienen los siguientes descriptivos:

De 56966 pacientes que han recibido psicoterapia:

- Mínimo: 1 contacto
- Mediana: 4 contactos
- Media: 10 contactos
- Primer cuartil: 1 contacto
- Tercer cuartil: 9 contactos
- Máximo: 1510 contactos

Área 3:

De los 34296 pertenecientes al Área 3 que han recibido psicoterapia se obtiene la siguiente información:

- Mínimo: 1 contacto
- Mediana: 3 contactos
- Media: 9,6 contactos
- Primer cuartil: 1 contacto
- Tercer cuartil: 9 contactos
- Máximo: 1510 contactos

Área 9:

De los 22670 pacientes del Área 9 que han recibido psicoterapia se obtiene la siguiente información:

- Mínimo: 1 contacto
- Mediana: 4 contactos
- Media: 10,6 contactos
- Primer cuartil: 2 contacto
- Tercer cuartil: 11 contactos
- Máximo: 949 contactos

4.6.2 Cantidad de episodios por paciente. Cómputo de pacientes globales.

El número de episodios por paciente se distribuye de la siguiente manera:

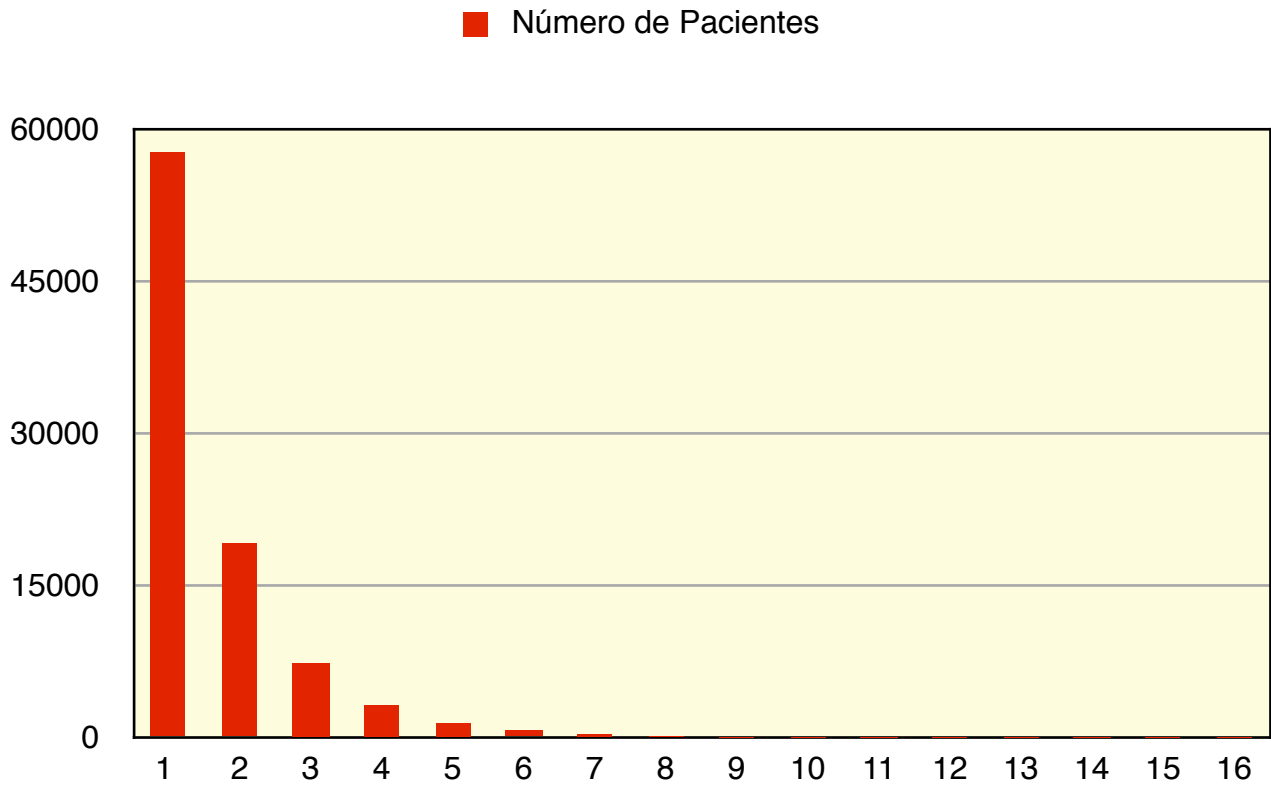
- Mínimo: 1 episodio
- Mediana: 1
- Media: 1,63 episodios
- 1er Cuartil: 1 episodio
- 3er Cuartil: 2 episodios
- Máximo: 16 episodios

Ofrecemos a continuación la cantidad de pacientes relacionada con el número de episodios.

Num Episodios	Episodios	Proporción
1	57736	63,9684%
2	19144	21,2105%
3	7334	8,1257%
4	3245	3,5953%
5	1453	1,6098%
6	716	0,7933%

Num Episodios	Episodios	Proporción
7	341	0,3778%
8	157	0,1739%
9	63	0,0698%
10	30	0,0332%
11	19	0,0211%
12	10	0,0111%
13	2	0,0022%
14	3	0,0033%
15	3	0,0033%
16	1	0,0011%
Total	90257	99,9998%

Cantidad de pacientes y número de episodios.



Cantidad de pacientes y número de episodios.

4.6.3 Duración de los episodios

Número total de días que han durado los episodios de cada paciente:

- Mínimo: 1 día
- Mediana: 63 días
- Media: 309 días
- Primer cuartil: 1
- Tercer Cuartil: 264
- Máximo: 7040 días

Número medio de días que duran los episodios de cada paciente:

- Mínimo: 1 día
- Mediana: 46 días
- Media: 170 días
- Primer cuartil: 1
- Tercer Cuartil: 166
- Máximo: 6850 días

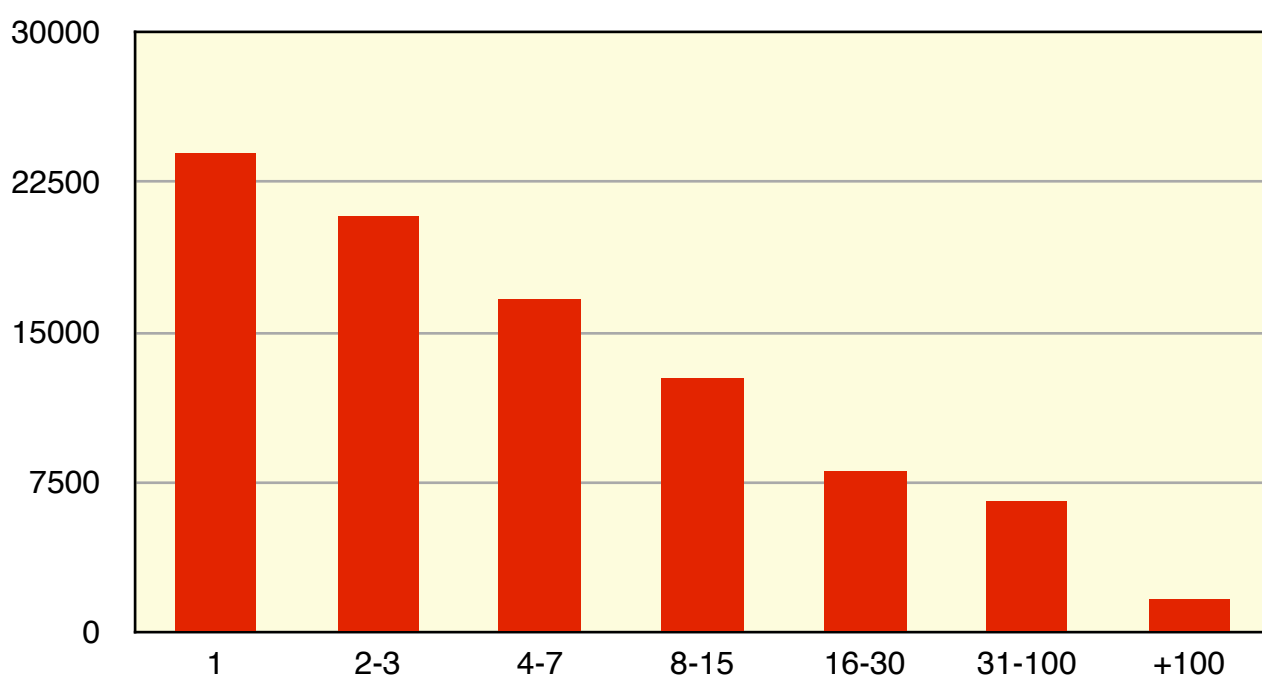
4.6.4 Cantidad de pacientes por magnitud de los episodios en número de contactos.

En esta siguiente tabla se muestra que el número de pacientes es inversamente proporcional al número de contactos de cada episodio: la mayoría de los pacientes hacen episodios cortos, y a medida que los episodios van creciendo en número de contactos, decrece linealmente la proporción de pacientes que hacen uso de estos episodios.

Num Contactos	Frecuencia (número de pacientes)	Proporción
1	23936	26,519%
1-3	20796	23,0409%
4-7	16616	18,4097%
8-15	12690	14,0599%
16-30	8035	8,9024%
31-100	6536	7,2415%
Más de 100	1648	1,8259%
Total	90257	99,9993%

Cantidad de pacientes según la magnitud de los episodios en número de contactos.

■ Cantidad Absoluta de Pacientes



Cantidad de pacientes según la magnitud de los episodios en número de contactos.

4.7 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO PSICOTERAPIA

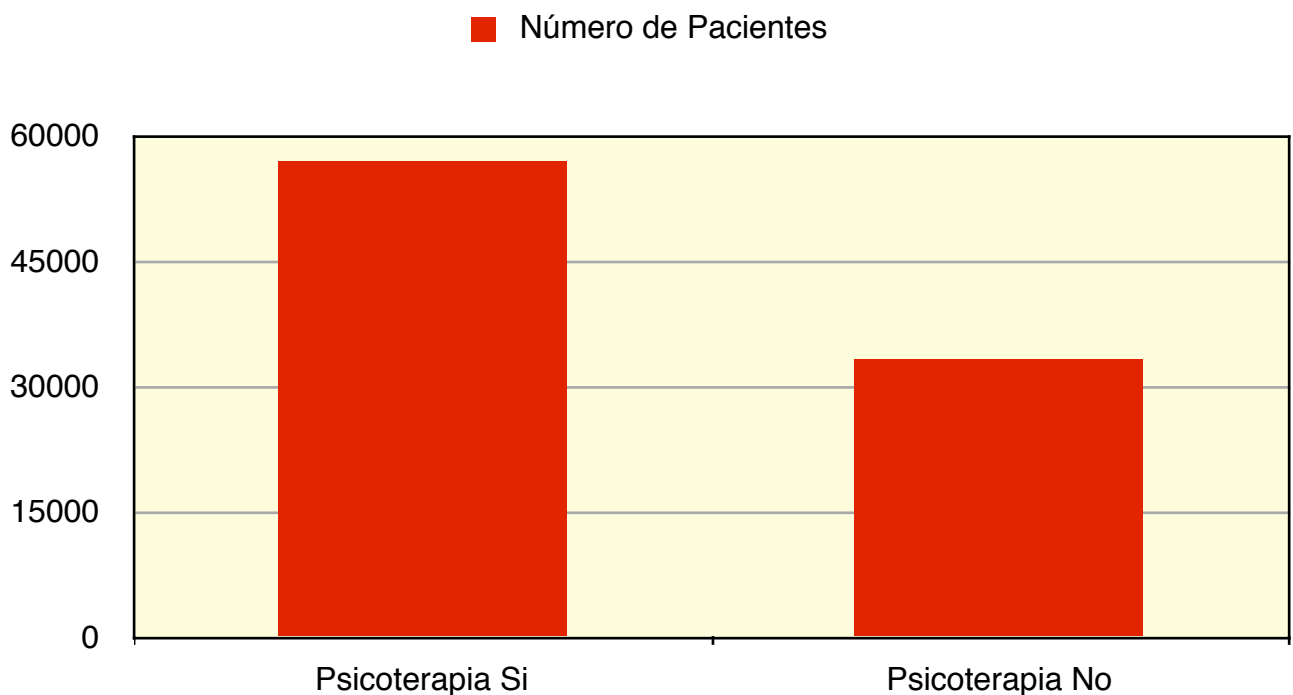
Describimos a continuación el uso de la psicoterapia desde la perspectiva sociodemográfica de los pacientes.

4.7.1 Número absoluto de pacientes que han tenido al menos un contacto de psicoterapia.

Recordamos que partimos de un total de 134.148 pacientes de los cuales han sido viables para el estudio un total de 90.257. Mostramos a continuación qué proporción de los mismos ha recibido psicoterapia al menos una vez.

Psicoterapia	Frecuencia (pacientes)	Proporción
No	33291	36,8847%
Si	56966	63,1153%
Total	90257	100%

Proporción de pacientes con Psicoterapia.



Proporción de pacientes con Psicoterapia.

El **63,88%** de los pacientes atendidos en los servicios de salud mental de las Áreas 3 y 9 han recibido al menos un contacto psicoterapéutico. Esto supone en cifras absolutas un total de 56.966 pacientes del total de 90.257 pacientes que han resultado válidos para nuestro estudio, por disponer de las variables precisas, dando una prevalencia de psicoterapia en la población de **8,114%** a lo largo del período estudiado.

4.7.2 Pacientes con psicoterapia en al menos un contacto: distribución por áreas de salud.

Mostramos a continuación a qué Áreas pertenecen los pacientes que han recibido psicoterapia.

Área	Psicoterapia Sí	Proporción PT sí	Psicoterapia No	Proporción PT No	Total
Área 3	34296	64,017%	19277	35,982%	53573
Area 9	22654	61,805%	14000	38,195%	36654
Total	56950		33277		90227

Proporción de pacientes con Psicoterapia: distribución por áreas de salud.

Área 3:

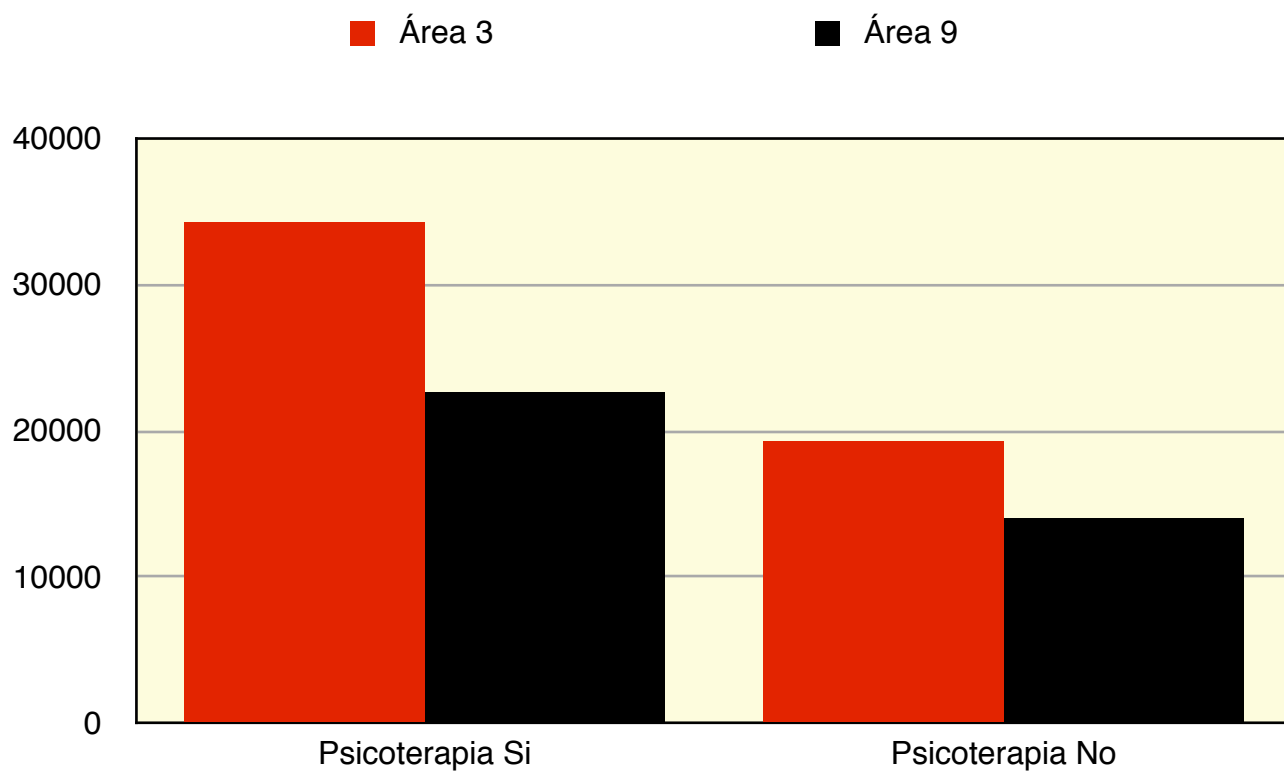
Hay un total de 53573 pacientes pertenecientes al Área 3.

- El **35,982%** de los pacientes no han recibido psicoterapia.
- El **64,017%** de los pacientes sí la han recibido.

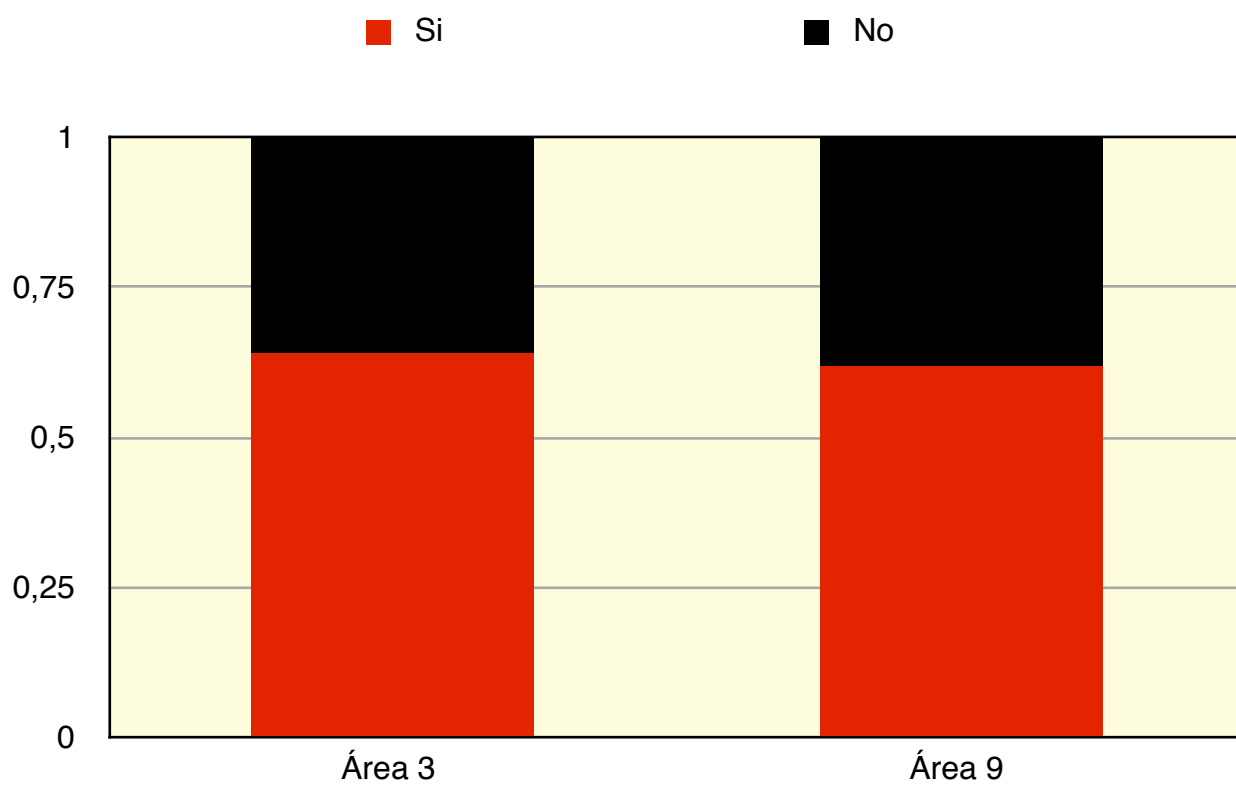
Área 9:

Hay un total de 36654 pacientes pertenecientes al Área 9.

- El **38,195%** de los pacientes no han recibido psicoterapia.
- El **61,805%** de los pacientes sí la han recibido.



Cantidad de pacientes con Psicoterapia: distribución por áreas de salud.



Relación de pacientes con Psicoterapia: distribución por áreas de salud.

Partimos de un total de 90.257 pacientes. 30 pacientes no ofrecen suficiente información o tienen información erróneamente recogida en las tablas a este nivel por lo que son datos perdidos: pertenecen al Área 9.

4.7.3 Pacientes con psicoterapia: distribución por géneros.

Ofrecemos a continuación la frecuencia absoluta y proporcional del tratamiento psicoterapéutico por sexos en los pacientes de nuestra población.

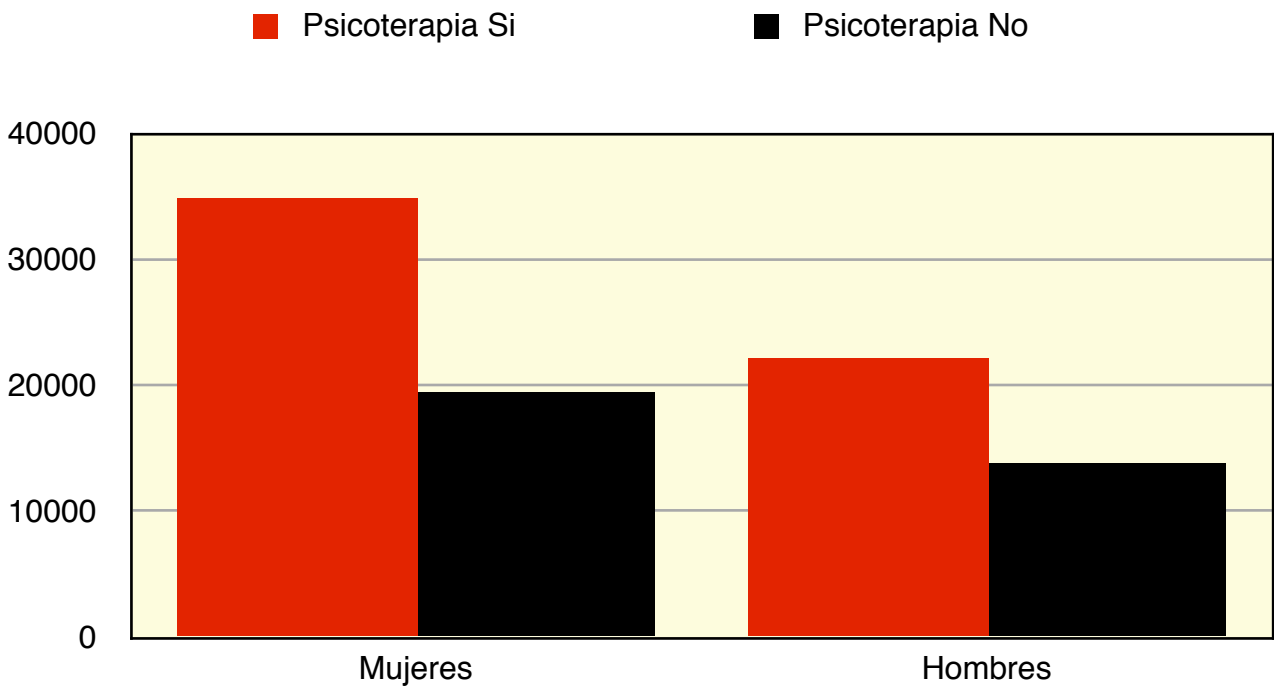
Género	Psicoterapia Si	Proporción PT si	Psicoterapia No	Proporción PT No	Total
Mujer	34840	64,162%	19460	35,838%	54301
Hombre	22106	61,521%	13826	38,479%	35933
Total	56946		33286		90232

Cantidad de pacientes con Psicoterapia: distribución por géneros.

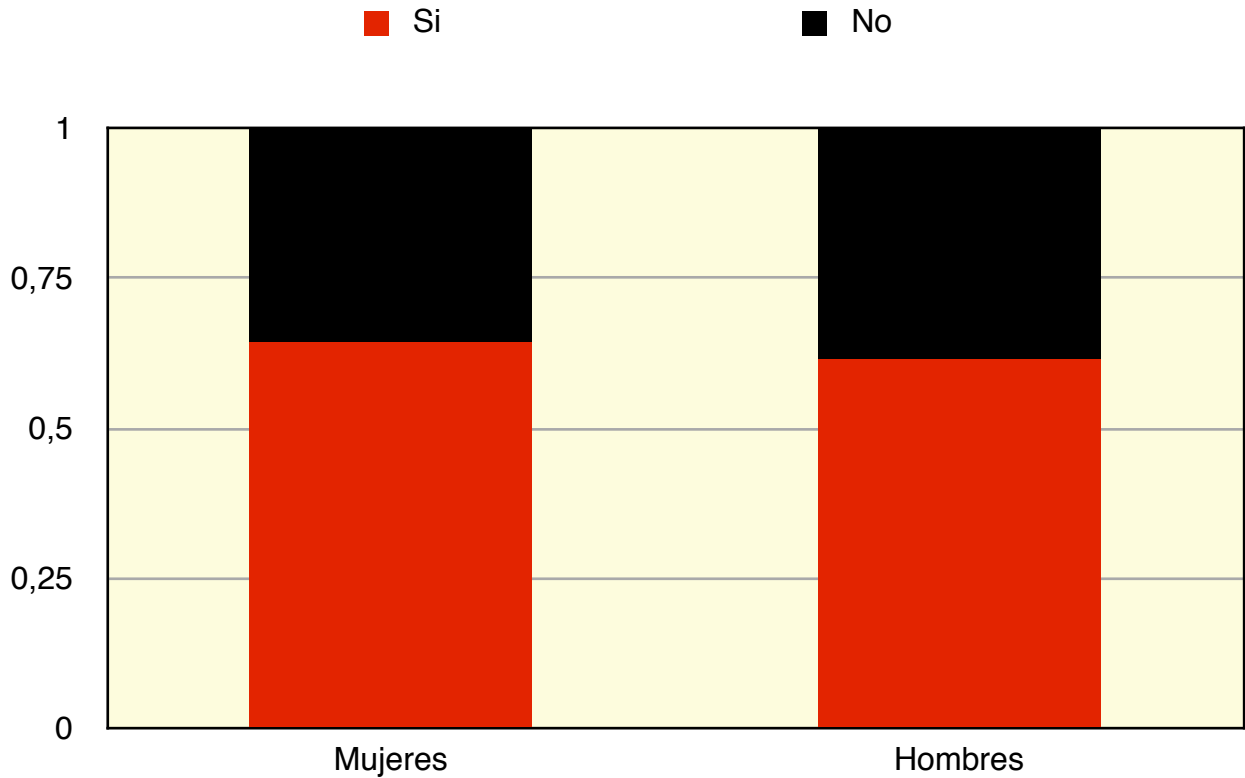
- De la población, el **63,1153%** de los pacientes han recibido alguna vez psicoterapia.
- El **36,8847%** de los pacientes no la han recibido.
- El **60,2%** de pacientes de la población son mujeres.
- El **39,8%** de pacientes de la población son hombres.
- El **64,2 %** de las mujeres sí han recibido al menos un contacto psicoterapéutico.
- El **35,8%** de las mujeres no han recibido psicoterapia.
- El **61,5%** de los hombres si han recibido psicoterapia.
- El **38,5%** de los hombres no han recibido psicoterapia.
- Un total de 25 pacientes que no se puede determinar, puesto que son los que tienen sexo indeterminado en nuestra base de datos.

Suman el total de 90257 pacientes de la población.

Mostramos a continuación la expresión gráfica de los datos.



Cantidad de pacientes con Psicoterapia: distribución por géneros.



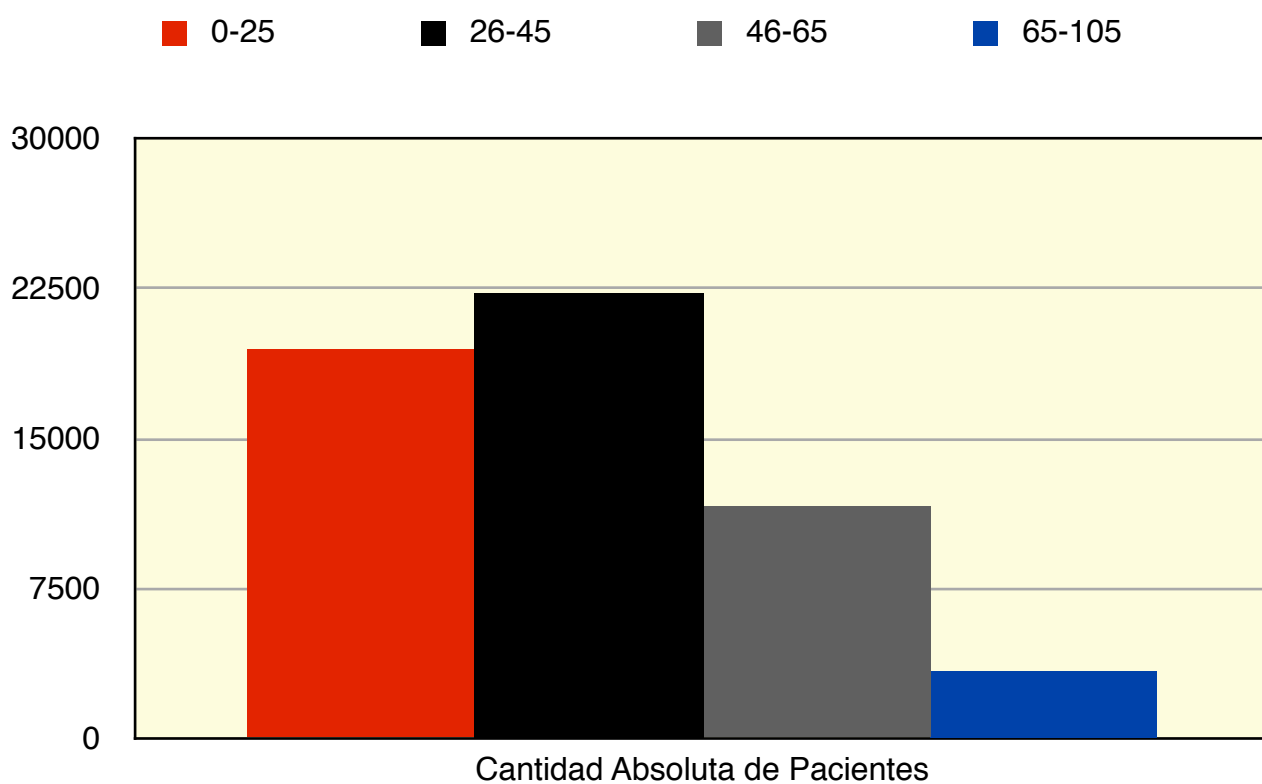
Cantidad relativa de pacientes con y sin Psicoterapia: distribución por géneros.

4.7.4 Pacientes con psicoterapia: grupos etarios.

Mostramos a continuación la distribución de los pacientes que han tenido psicoterapia, en función de la edad. Seguidamente ofrecemos una representación gráfica.

Grupo Etario	No Psicoterapia	Si Psicoterapia	Proporción	Total
0-25	9669	19450	34,292%	29119
26-45	13172	22275	39,273%	35447
46-65	6556	11604	20,459%	18160
65-105	3747	3390	5,977%	7137
Total	33144	56719	100,000%	56.720

Pacientes de psicoterapia por rangos de edad.



Pacientes de psicoterapia por rangos de edad.

Observamos que el grupo más prevalente en cuanto al uso de psicoterapia es el que tiene de 26 a 45 años.

4.8 DENSIDAD DE PSICOTERAPIA

4.8.1 Proporción de veces que se ha recibido psicoterapia durante los sucesivos contactos

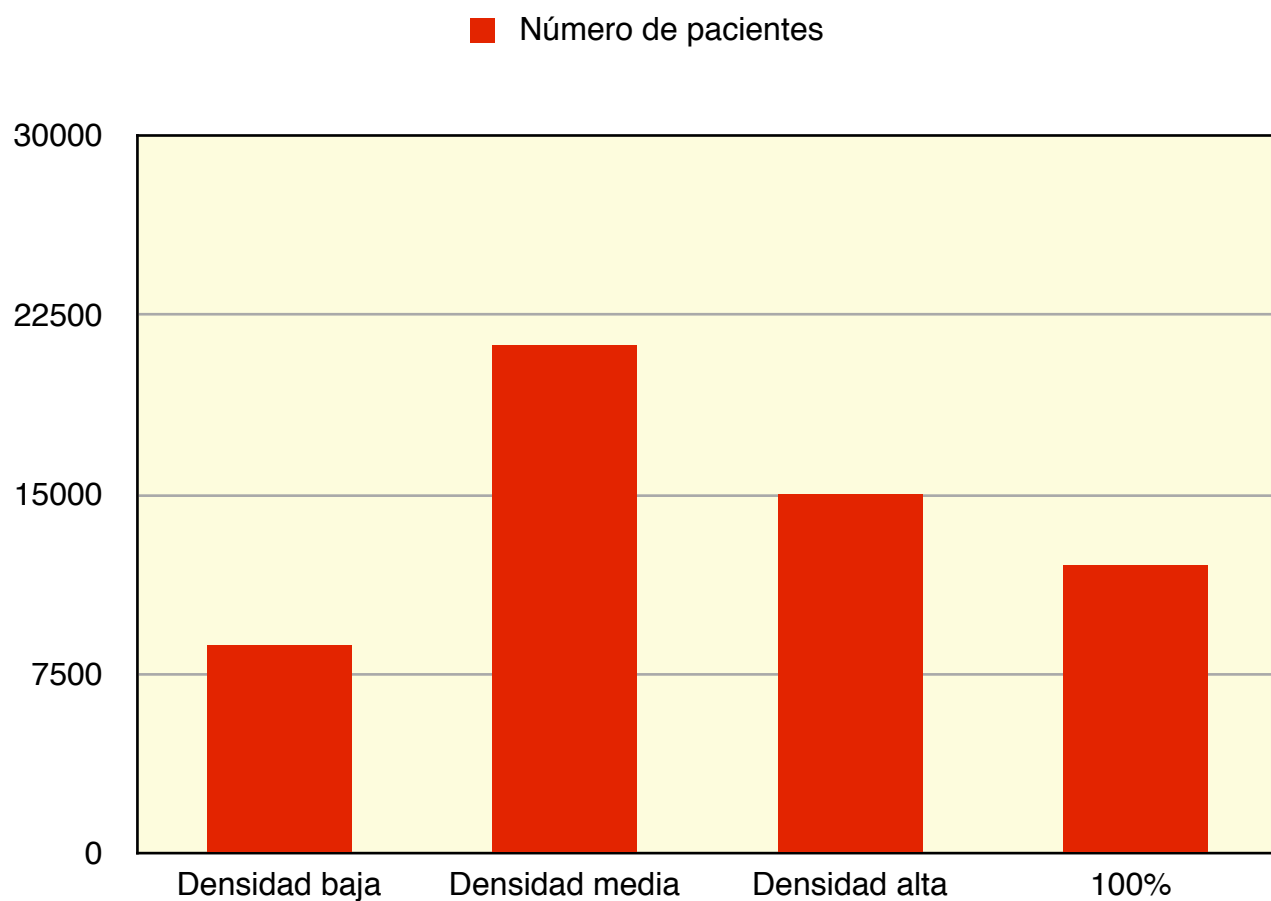
En la población analizada hemos considerado la variable *propsicoCat* que especifica qué proporción de los contactos establecidos por **un mismo paciente** son de carácter psicoterapéutico. En esta variable se han considerado 5 categorías:

1. Sujetos que nunca han recibido psicoterapia.
2. Sujetos que han recibido psicoterapia al menos una vez, pero menos de la tercera parte de los contactos.
3. Sujetos que han recibido psicoterapia más de una tercera parte y menos de 2 terceras partes de todos los contactos.
4. Sujetos que han recibido psicoterapia más de dos terceras partes de los contactos, habiendo tenido algún contacto no psicoterapéutico.
5. Sujetos que han recibido siempre psicoterapia en todos sus contactos.

Atendiendo a esta variable, la distribución de los paciente según densidad de psicoterapia sería la siguiente, y la mostramos gráficamente.

Densidad de Psicoterapia	Frecuencia (número de pacientes)	Proporción
Nunca	33291	36,8847%
Menos 1/3 de los contactos	8676	9,6126%
1/3 a 2/3 de los contactos	21235	23,5273%
Más de 2/3, no todos.	15011	16,6314%
100%	12044	13,3441%
Total	90257	100,0001%

Número de pacientes de por densidad de psicoterapia.



Número de pacientes de por densidad de psicoterapia.

Observamos como la mayor parte de los pacientes que hacen episodios psicoterapéuticos resultan hacer psicoterapia con una densidad media.

4.8.2 Proporción de psicoterapia durante los sucesivos contactos, considerada por áreas de salud.

Distribuimos por áreas de salud la anterior información, y la representamos gráficamente.

Densidad de Psicoterapia	Área 3	Proporción	Área 9	Proporción	Total
Nunca	19277	35,982%	14000	38,2%	33277
Menos 1/3 de los contactos	4470	8,343%	4204	11,5%	8674
1/3 a 2/3 de los contactos	10724	20,0175%	10500	28,6%	21224
Más de 2/3, no todos.	10094	18,8415%	4915	13,4%	15009
100%	9008	16,814%	3035	8,3%	12043
Total	53573	99,998%	36654	100%	90227

Número de pacientes de por densidad de psicoterapia y área de salud.

Área 3:

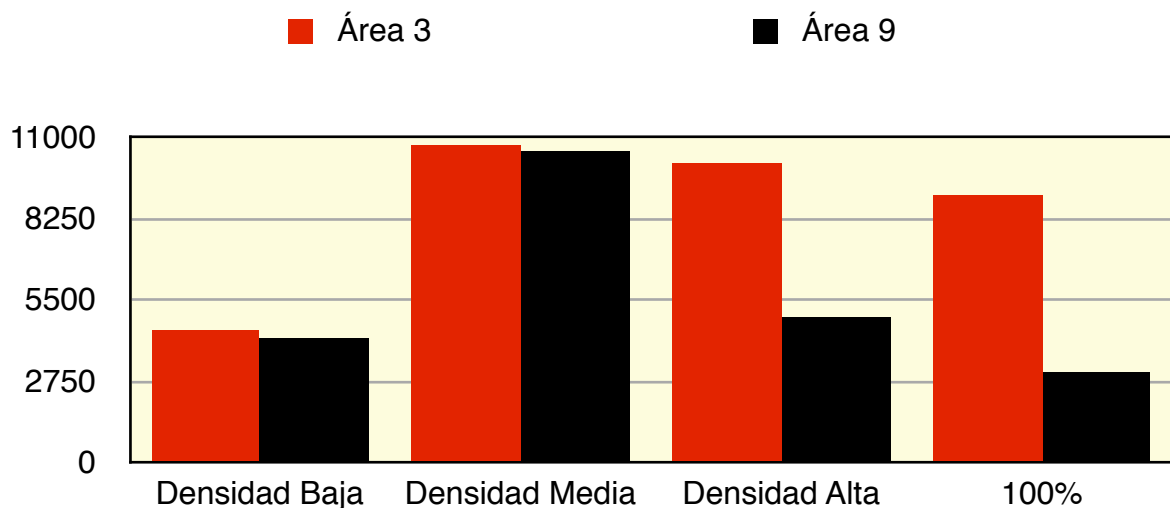
Sobre un total de 53573 pacientes del Área 3, se obtiene que el **35,982%** nunca han tenido psicoterapia. El **64,017%** sí han tenido, y se distribuyen de la siguiente manera.

- 8,3% del total de pacientes han tenido menos de 1/3 de contactos psicoterapéuticos.
- 20% del total de pacientes han tenido de 1/3 a 2/3 de contactos psicoterapéuticos.
- 18,8% del total de pacientes han tenido más de 2/3 pero menos del 100%.
- 16,8% del total de pacientes han tenido psicoterapia en el 100% de los contactos.

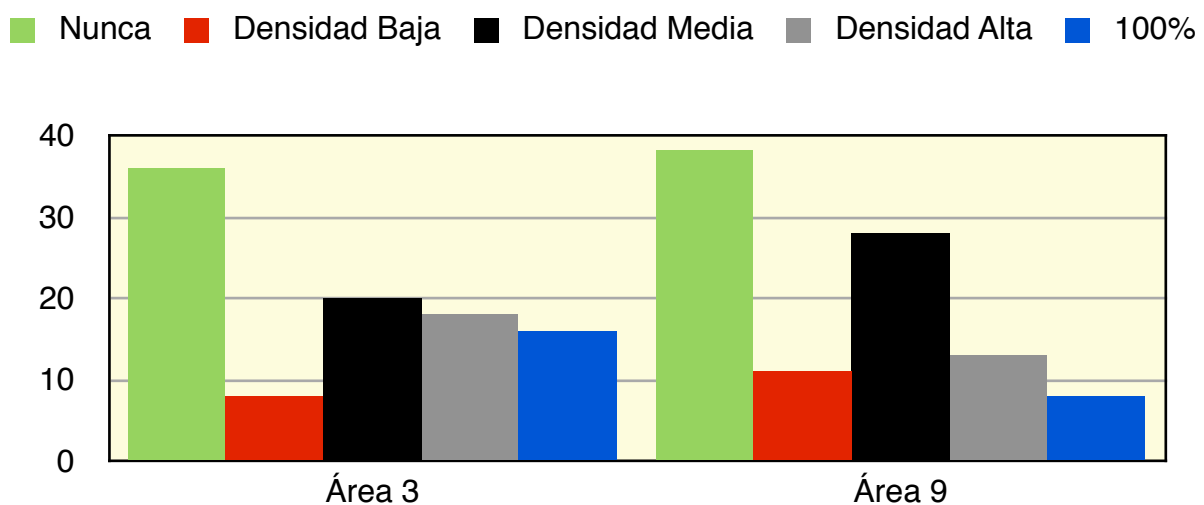
Área 9:

Sobre un total de 36654 pacientes correspondientes al Área 9, se obtiene que el **38,2%** de los pacientes del Área 9 nunca han tenido psicoterapia. El **61,8%** sí la han recibido, y se distribuyen de la siguiente manera:

- 11,5% del total de pacientes han tenido menos de 1/3 de contactos psicoterapéuticos.
- 28,6% del total de pacientes han tenido de 1/3 a 2/3 de contactos psicoterapéuticos. .
- 13,4% del total de pacientes han tenido más de 2/3 pero menos del 100%.
- 8,3% del total de pacientes han tenido psicoterapia en el 100% de los contactos.



Número de pacientes por densidad de psicoterapia y áreas de salud (I)



Número de pacientes por densidades de psicoterapia y áreas de salud (II).

4.8.3 Número de pacientes por densidad de psicoterapia y género.

A continuación se ofrece el número de pacientes relacionado con la densidad de psicoterapia que han recibido, y esta información se divide por géneros.

Densidad de Psicoterapia	Mujer	Proporción Mujeres	Varón	Proporción Varones	Total
Nunca	19460	58,463%	13826	41,537%	33286
Menos 1/3 de los contactos	5019	57,875%	3653	42,125%	8672
1/3 a 2/3 de los contactos	12708	59,945%	8518	40,054%	21226
Más de 2/3, no todos.	9614	64,06%	5395	35,94%	15009
100%	7499	62,289%	4540	37,710%	12039
	54300		35932		90232

Número de pacientes por densidad de psicoterapia y género.

Mujeres:

Sobre un total de 54.300 mujeres de nuestra población, se obtiene que el **35,8%** nunca han tenido psicoterapia. El **64,2%** sí la han tenido, y se distribuyen según densidades de psicoterapia de la siguiente manera:

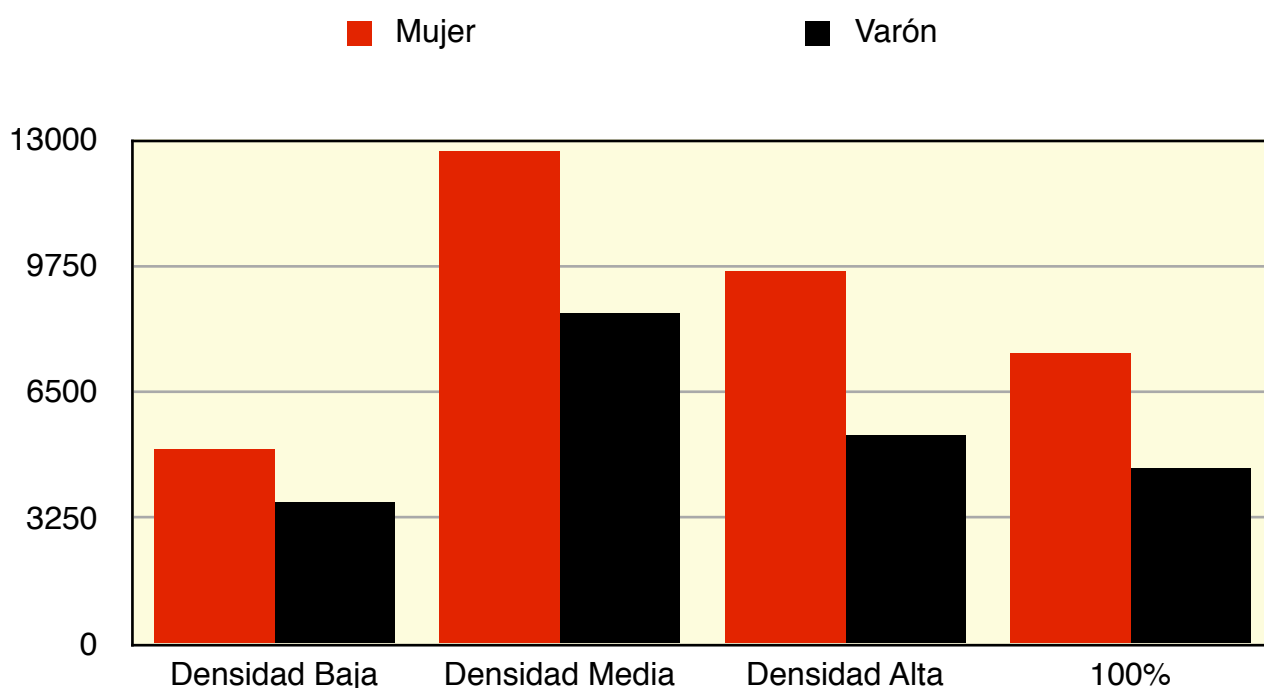
- **9,2%** del global de pacientes con psicoterapia han tenido menos de 1/3 de contactos psicoterapéuticos.
- **23,4%** del global de pacientes con psicoterapia han tenido de 1/3 a 2/3 de contactos psicoterapéuticos.
- **17,7%** del global de pacientes con psicoterapia han tenido más de 2/3 pero menos del 100%.
- **13,8%** del global de pacientes con psicoterapia han tenido psicoterapia en el 100% de los contactos.

Hombres:

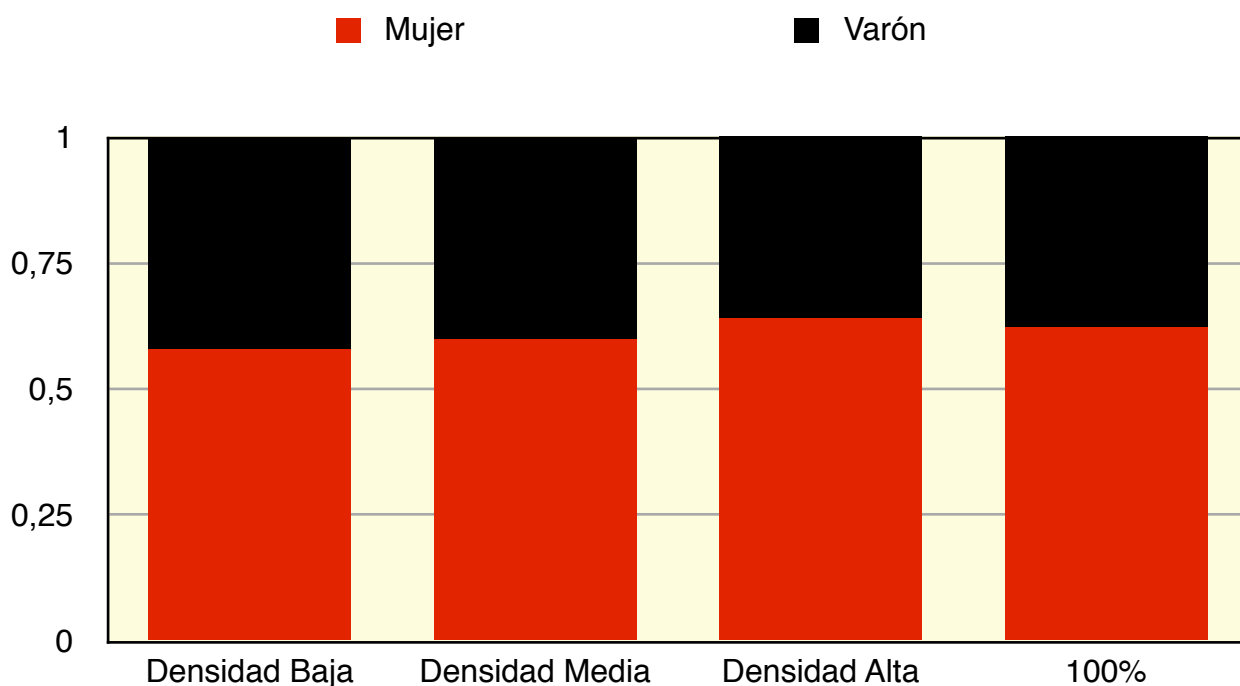
Sobre un total de 35.932 hombres de nuestra población, se obtiene que el **38,5%** nunca han tenido psicoterapia. El **61,5%** sí la han tenido, y se distribuyen según densidades de psicoterapia de la siguiente manera:

- **10,2%** del global de pacientes con psicoterapia han tenido menos de 1/3 de contactos psicoterapéuticos.
- **23,7%** del global de pacientes con psicoterapia han tenido de 1/3 a 2/3 de contactos psicoterapéuticos.
- **15%** del global de pacientes con psicoterapia han tenido más de 2/3 pero menos del 100%.
- **12,6%** del global de pacientes con psicoterapia han tenido psicoterapia en el 100% de los contactos.

Hemos separado las diferencias relativas entre los géneros en cada densidad de psicoterapia, Vemos que en todas las densidades de psicoterapia el número absoluto de pacientes es mayor para las mujeres.



Número de pacientes por densidad de psicoterapia y género.

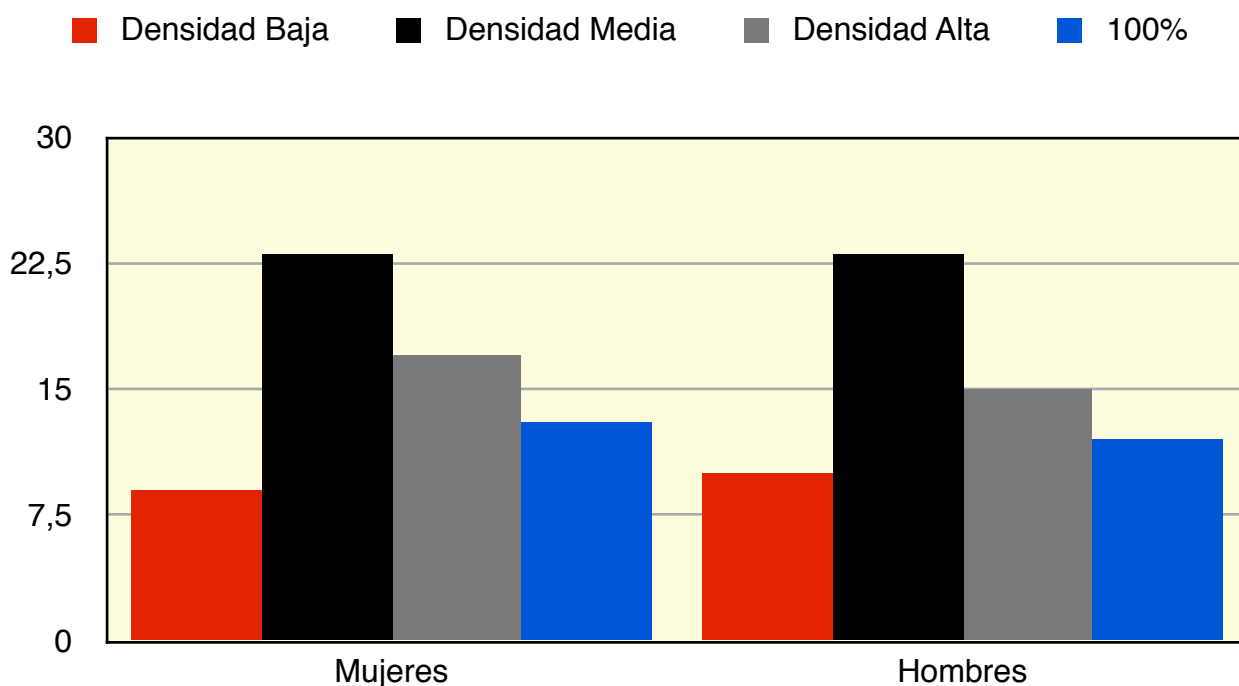


Relación de pacientes por densidad de psicoterapia y género.

Al separar por sexos, se encuentra que la densidad media de psicoterapia resulta ser la predominante tanto en hombres como en mujeres, abarcando casi un cuarto de la totalidad de los pacientes.

Densidad de Psicoterapia	Mujer	Proporción Mujeres	Varón	Proporción Varones	Total
Nunca	19460	35,837%	13826	38,478%	33286
Menos 1/3 de los contactos	5019	9,243%	3653	10,166%	8672
1/3 a 2/3 de los contactos	12708	23,403%	8518	23,705%	21226
Más de 2/3, no todos.	9614	17,705%	5395	15,014%	15009
100%	7499	13,810%	4540	12,634%	12039
Total	54300	99,998%	35932	99,997%	90232

Número de pacientes por densidad de psicoterapia y género.



Número de pacientes por densidad de psicoterapia y género.

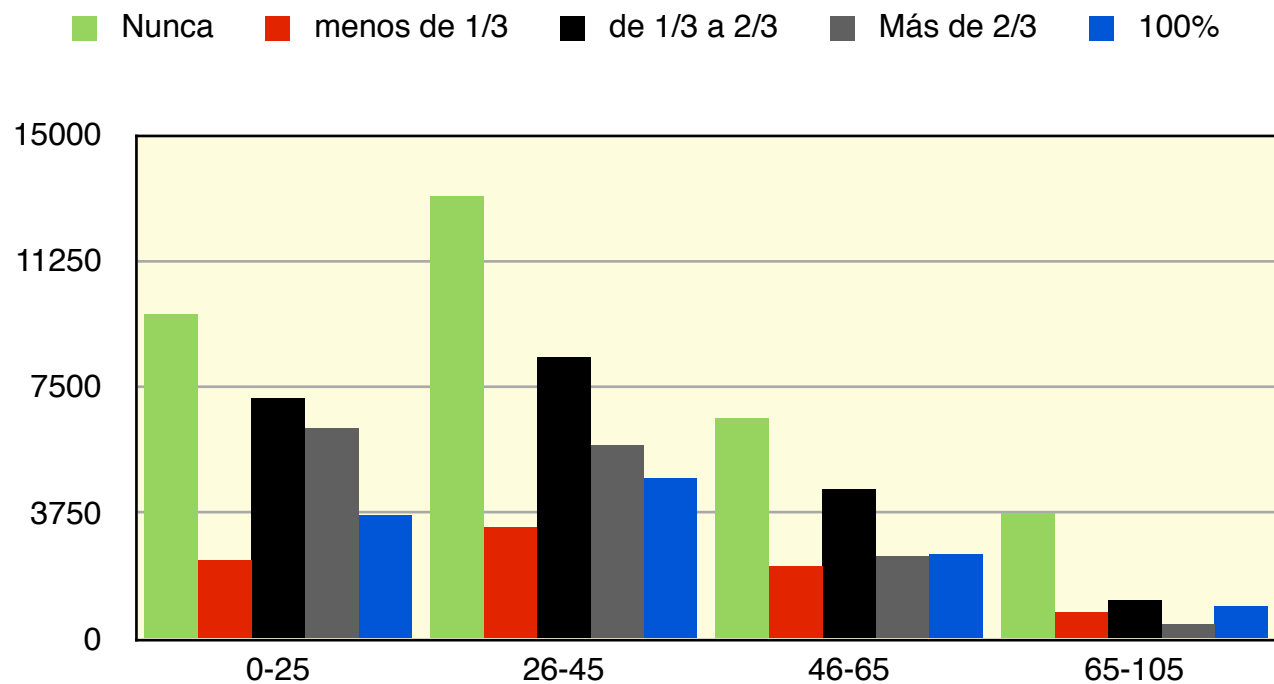
4.8.4 Numero de pacientes de cada grupo etario distribuido por densidades de psicoterapia.

A continuación se ofrece la distribución de las diferentes densidades de psicoterapia por grupos de edad, en número de pacientes. Se expresa también en proporción, puesto que por ser determinados grupos de edad más prevalentes en la población, presentan en cifras absolutas una mayor cantidad de pacientes que han recibido psicoterapia en mayor o menor medida.

En la representación gráfica vemos en rojo el total de pacientes que no han tenido psicoterapia, y en otros colores las diferentes densidades de psicoterapia con su frecuencia correspondiente en número de pacientes: se mantiene que lo más frecuente es la atención con densidad media de psicoterapia con número de contactos con psicoterapia de entre 1/3 y 2/3 de los contactos, en todos los rangos de edad.

Edad	Nunca	menos de 1/3	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	Total
0-25	33,20%	8,10%	24,60%	21,50%	12,70%	100,1%
26-45	37,2%	9,4%	23,7%	16,3%	13,5%	100,1%
46-65	36,1%	11,9%	24,5%	13,6%	13,9%	100%
65-105	52,5%	11,3%	16%	6,4%	13,8%	100%

Numero de pacientes de cada grupo etario distribuido por densidades de psicoterapia.



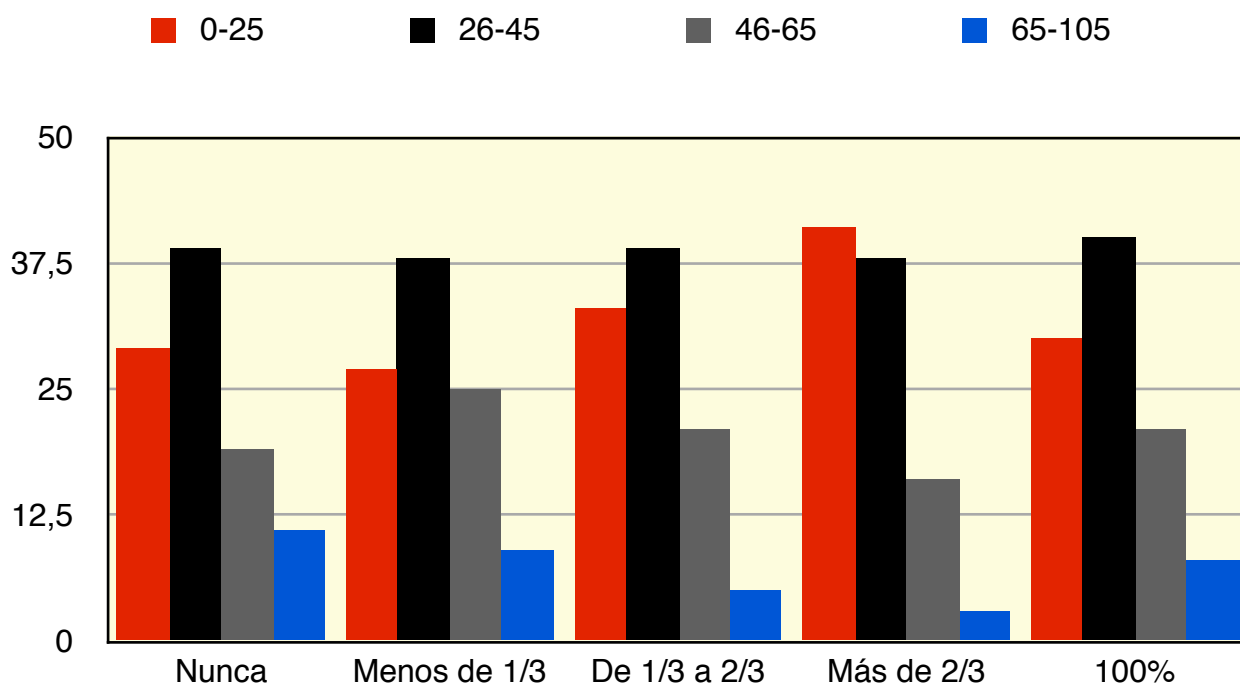
Numero de pacientes de cada grupo etario distribuido por densidades de psicoterapia.

4.8.5 Proporción de cada grupo etario dentro del total de las diferentes densidades de psicoterapia.

A continuación ofrecemos los resultados sobre qué grupos etarios son proporcionalmente predominantes dentro de cada “Densidad de psicoterapia”, que ofrece una visión de sobre qué grupos de edad son más prevalentes en cada Densidad de Psicoterapia. Se observa que en todos las densidades de psicoterapia excepto en la densidad de más de 2/3 de contactos, resulta ser el rango de edad de 26 a 45 años el más representativo proporcionalmente, lo cual concuerda con el dato de que la edad predominante de recibir psicoterapia en nuestra población resulta precisamente ese rango, de 26 a 45 años. Los pacientes que reciben psicoterapia en el 100% de sus contactos resultan representar la menor proporción entre todas las densidades: es menos frecuente relativamente recibir un tratamiento psicoterapéutico en el 100% de las ocasiones.

Edad	Nunca	menos de 1/3	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%
0-25	29,2%	27,2%	33,8%	41,9%	30,7%
26-45	39,7%	38,5%	39,7%	38,6%	40%
46-65	19,8%	25%	21%	16,5%	21,1%
65-105	11,3%	9,3%	5,4%	3%	8,2%
Total	100%	100%	99,9%	100%	100%

Proporción de cada grupo etario dentro del total de las diferentes densidades de psicoterapia.



Proporción de cada grupo etario dentro del total de las diferentes densidades de psicoterapia.

4.8.6 Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia.

Subdividimos en este apartado a los pacientes de la población según número de contactos que hayan tenido (reflejando la magnitud del episodio) en relación con las diferentes densidades de psicoterapia. Disponemos de esta información de manera absoluta y proporcional.

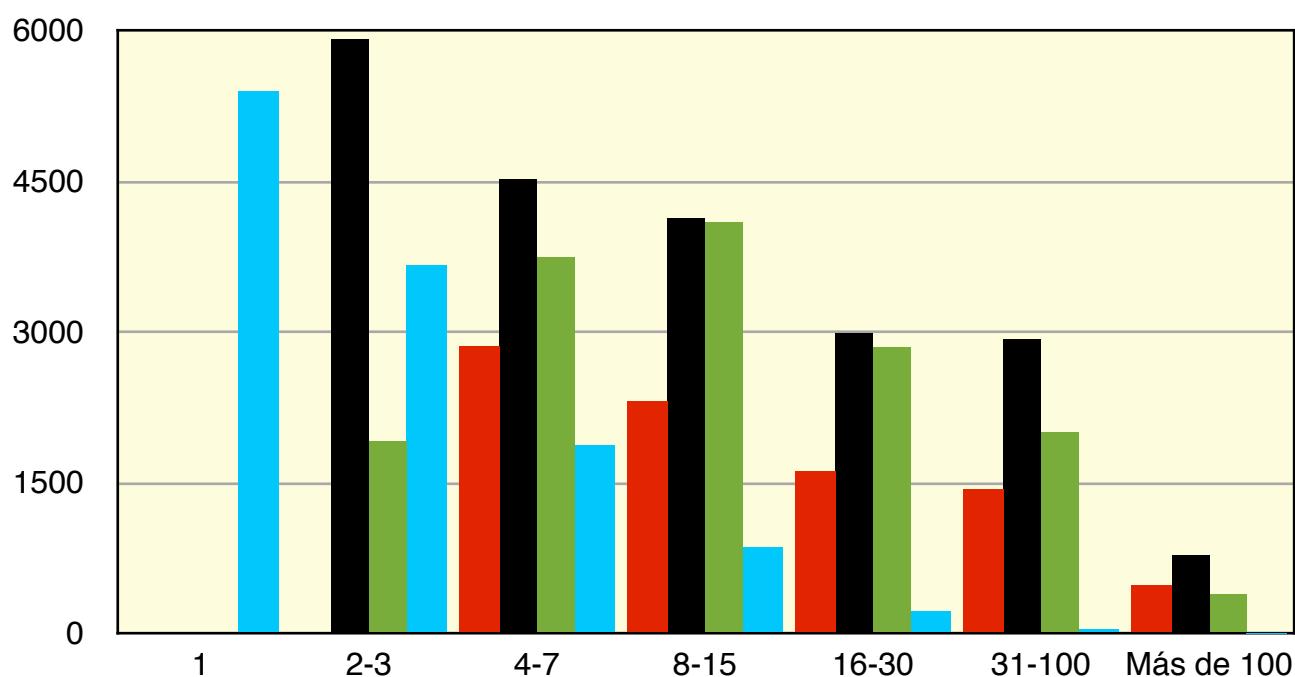
Ofrece una visión de si las densidades de psicoterapia varían en función del número de contactos.

4.8.6.1 Expresada en cifras totales

Contactos	Nunca Psicoterapia	Menos de 1/3	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	Total PT
1	18539	0	0	0	5397	5.397
2-3	9275	0	5907	1905	3664	11.476
4-7	3645	2855	4512	3738	1866	12.971
8-15	1307	2311	4132	4087	853	11.383
16-30	376	1606	2985	2849	219	7.659
31-100	144	1428	2925	1998	41	6.392
Más de 100	5	476	774	389	4	1.643
	33291	8676	21235	14966	12044	90212

Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Expresado en cifras totales.

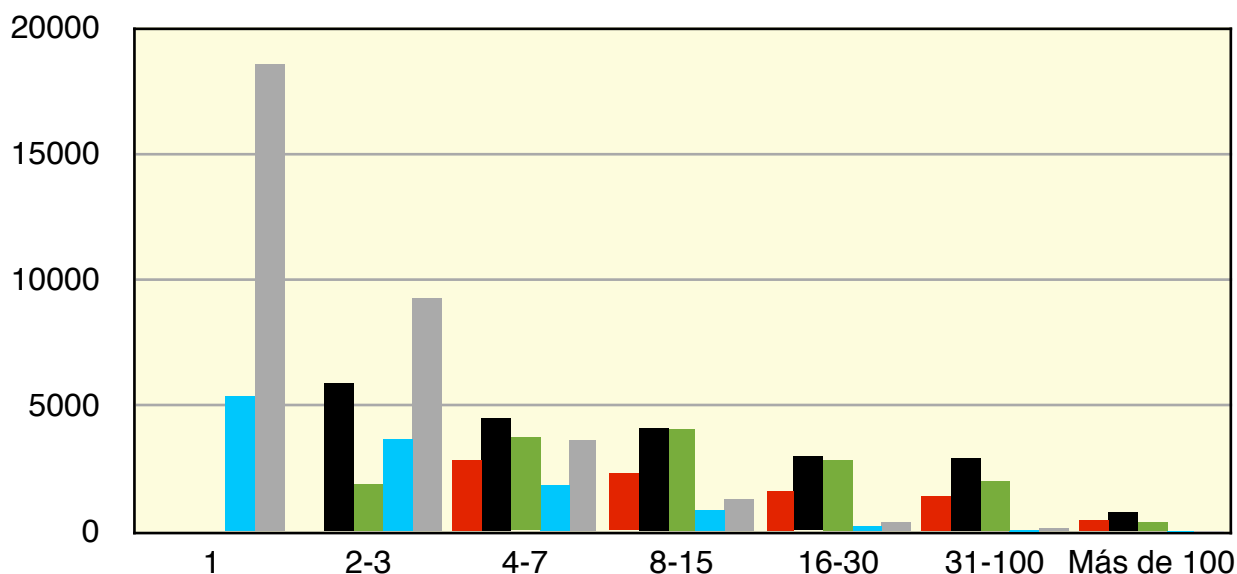
■ Menos de 1/3 (Baja) ■ 1/3 a 2/3(Media) ■ Más de 2/3(Alta) ■ 100%



Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Expresado en cifras totales.

Sin pacientes sin psicoterapia representados.

■ Menos de 1/3 ■ de 1/3 a 2/3 ■ Más de 2/3 ■ 100%
■ Nunca Psicoterapia



Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Expresado en cifras totales.

Sin pacientes sin psicoterapia representados.

En la gráfica de valores absolutos, resulta evidente como en cada sección de número de contactos que hemos contemplado, resulta más probable que haya una atención psicoterapéutica con “Moderada Densidad de psicoterapia”, con un total de un tercio a dos tercios de contactos con psicoterapia.

Cuando solo hay un contacto, es cuando hay mayor probabilidad de no recibir psicoterapia. A mas contactos, esta probabilidad disminuye.

Se aprecia en la segunda gráfica como se distribuyen los diferentes tipos de densidades de psicoterapia en número de pacientes en función del número de contactos. A mayor número de contactos, vemos como decrece el número de pacientes en general, como se vino a expresar en anteriores apartados. A medida que aumenta el número de contactos, disminuye el numero de personas que no tienen psicoterapia, lo cual es lógico puesto que a mayor numero de contactos mayor probabilidad hay de que en algún contacto se haga psicoterapia.

El comportamiento de cada densidad de psicoterapia se puede deducir de esta información: Centrándonos en la densidad “100% Psicoterapia” resulta haber menos pacientes que disfrutan de este tipo de atención a medida que aumenta el número de

contactos. Esto tiene lógica, puesto que a mayor número de contactos resulta menos probable que todos y cada uno de los contactos tengan psicoterapia.

Hemos representado también gráficamente la presencia absoluta del número de pacientes que no han tenido nada de psicoterapia.

4.8.6.2 Expresada en proporciones

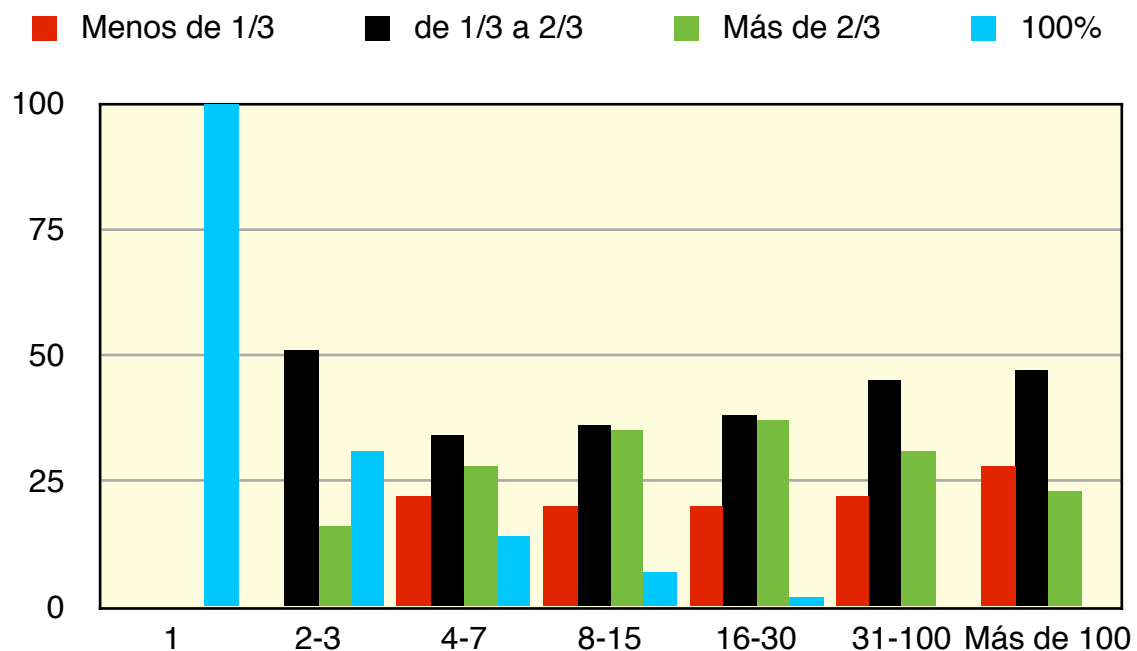
Expresamos a continuación las proporciones en número de pacientes, en la primera tabla incluyendo los que no han recibido nunca psicoterapia, y en la segunda hemos obviado estos que nunca han recibido psicoterapia, representando tanto el número total de pacientes como la proporción que representan dentro del total.

Contactos	Nunca	Menos de 1/3	De 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	
1	77,45%	0,00%	0,00%	0,00%	22,55%	100,00%
2-3	44,69%	0,00%	28,46%	9,18%	17,66%	99,99%
4-7	21,93%	17,18%	27,15%	22,50%	11,23%	99,99%
8-15	10,30%	18,21%	32,56%	32,21%	6,72%	100,00%
16-30	4,68%	19,99%	37,15%	35,46%	2,73%	100,00%
31-100	2,20%	21,85%	44,75%	30,57%	0,63%	100,00%
Más de 100	0,30%	28,88%	46,97%	23,60%	0,24%	100,00%

Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Expresado en proporciones (1)

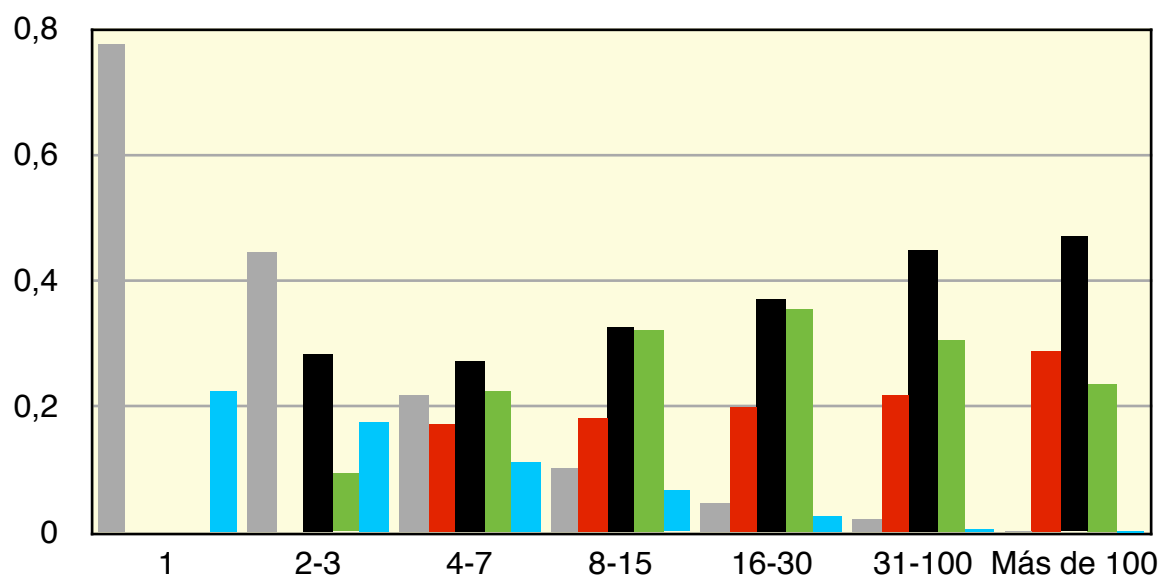
Cont.	Menos de 1/3		de 1/3 a 2/3		Más de 2/3		100%		Total PT
1	0	0,000%	0	0	0	0	5397	100,000%	5.397
2-3	0	0,000%	5907	51,473%	1905	16,600%	3664	31,928%	11.476
4-7	2855	22,011%	4512	34,785%	3738	28,818%	1866	14,386%	12.971
8-15	2311	20,302%	4132	36,300%	4087	35,904%	853	7,494%	11.383
16-30	1606	20,969%	2985	38,974%	2849	37,198%	219	2,859%	7.659
31-100	1428	22,340%	2925	45,760%	1998	31,258%	41	0,641%	6.392
Más de 100	476	28,971%	774	47,109%	389	23,676%	4	0,243%	1.643
	8676		21235		14966		12044		56.928

Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Expresado en proporciones (II)



Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Expresado en cifras totales.

■ Nunca Psicoterapia ■ Menos de 1/3 ■ de 1/3 a 2/3 ■ Más de 2/3
 ■ 100%



Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Expresado en cifras totales.

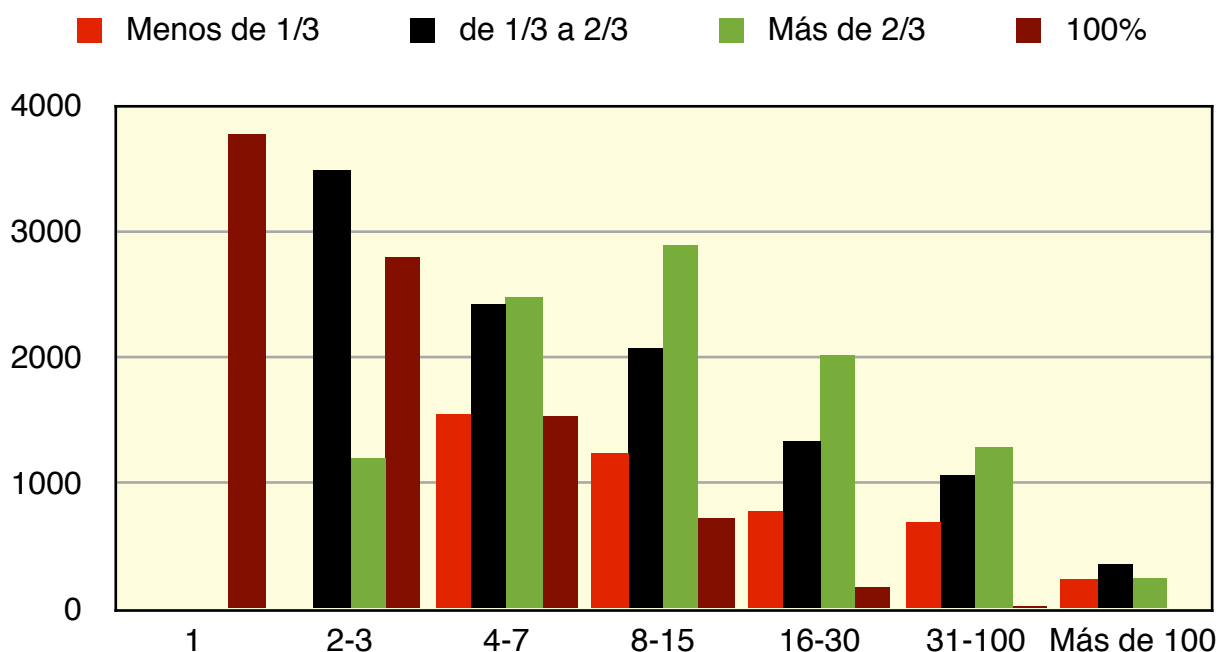
Expresamos en esta gráfica la proporción que supone dentro de cada grupo de “Densidad de Psicoterapia” un determinado número de contactos. Es importante relativizar esta cifra al número completo de contactos en cada “Grupo de Densidad de Psicoterapia”, que se expresa en las tablas y gráficas inmediatamente precedentes.

4.8.7 Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 3.

4.8.7.1 Cifras Globales

Núm. Cont.	Nunca	1/3	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	
1	11184	0	0	0	3764	14948
2-3	5179	0	3482	1198	2792	12651
4-7	1986	1544	2421	2473	1531	9955
8-15	709	1233	2071	2887	720	7620
16-30	167	774	1330	2011	175	4457
31-100	51	685	1064	1284	26	3110
Más de 100	1	234	356	241	0	832
	19277	4470	10724	10094	9008	53573

Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 3.



Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 3.

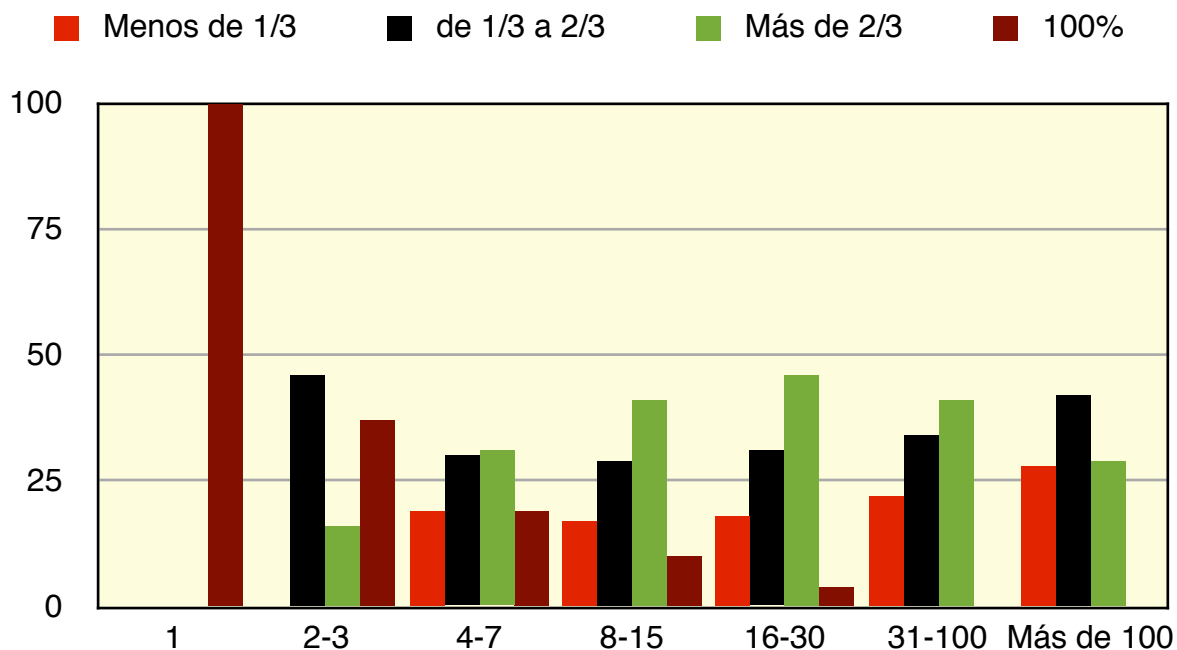
4.8.7.2 Expresado en proporciones

Núm. Cont.	Nunca	33,33%	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	
1	74,8%	0,0%	0,0%	0,0%	25,2%	100,0%
2-3	40,9%	0,0%	27,5%	9,5%	22,1%	100,0%
4-7	19,9%	15,5%	24,3%	24,8%	15,4%	99,9%
8-15	9,3%	16,2%	27,2%	37,9%	9,4%	100,0%
16-30	3,7%	17,4%	29,8%	45,1%	3,9%	99,9%
31-100	1,6%	22,0%	34,2%	41,3%	0,8%	99,9%
Más de 100	0,1%	28,1%	42,8%	29,0%	0,0%	100,0%

Proporción de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 3. (I)

Núm.Núm. Cont.	Menos de 1/3		de 1/3 a 2/3		Más de 2/3		100%		Total PT
1	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	3764	100,000%	3.764
2-3	0	0,000%	3482	46,601%	1198	16,033%	2792	37,366%	7.472
4-7	1544	19,375%	2421	30,380%	2473	31,033%	1531	19,212%	7.969
8-15	1233	17,841%	2071	29,967%	2887	41,774%	720	10,418%	6.911
16-30	774	18,042%	1330	31,002%	2011	46,876%	175	4,079%	4.290
31-100	685	22,393%	1064	34,783%	1284	41,975%	26	0,850%	3.059
Más de 100	234	28,159%	356	42,840%	241	29,001%	0	0,000%	831
	4470		10724		10094		9008		34.303

Proporción de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 3. (II)



Proporción de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 3.

4.8.7.3 Seccionado por densidades de psicoterapia. Área 3

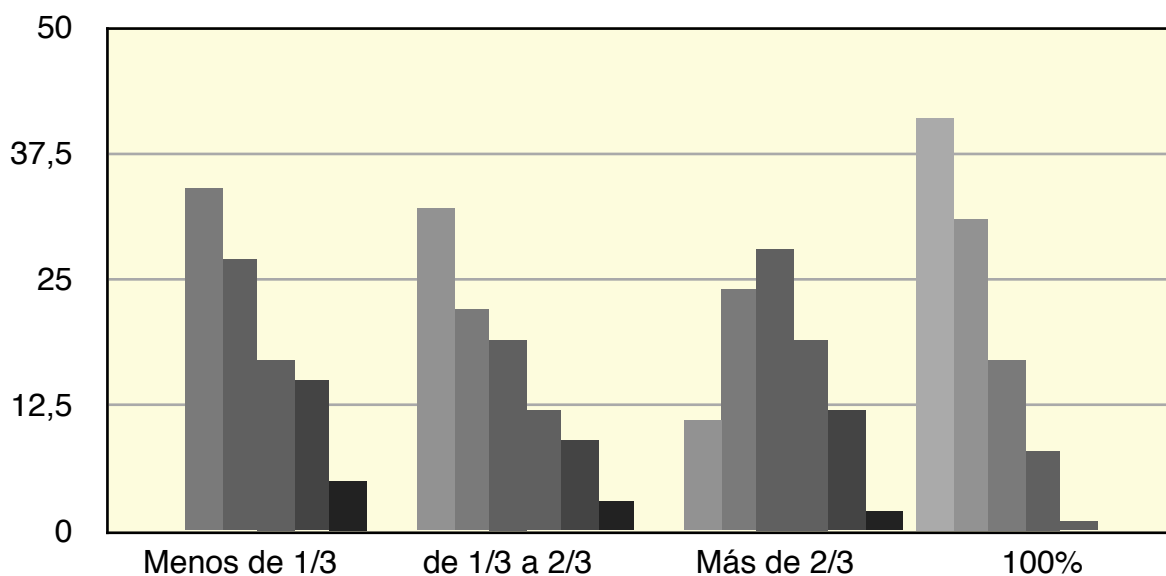
Núm. Cont.	Nunca	33,33%	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%
100%	58,0%	0,0%	0,0%	0,0%	41,8%
2-3	26,9%	0,0%	32,5%	11,9%	31,0%
4-7	10,3%	34,5%	22,6%	24,5%	17,0%
8-15	3,7%	27,6%	19,3%	28,6%	8,0%
16-30	0,9%	17,3%	12,4%	19,9%	1,9%
31-100	0,3%	15,3%	9,9%	12,7%	0,3%
Más de 100	0,0%	5,2%	3,3%	2,4%	0,0%
TOTAL	100,1%	99,9%	100,0%	100,0%	100,0%

Proporción de pacientes por número de contactos y densidades de psicoterapia (I).

Núm. Cont	Menos de 1/3		de 1/3 a 2/3		Más de 2/3		100%		Total PT
1	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	3764	41,785%	3.764
2-3	0	0,000%	3482	32,469%	1198	11,868%	2792	30,995%	7.472
4-7	1544	34,541%	2421	22,576%	2473	24,500%	1531	16,996%	7.969
8-15	1233	27,584%	2071	19,312%	2887	28,601%	720	7,993%	6.911
16-30	774	17,315%	1330	12,402%	2011	19,923%	175	1,943%	4.290
31-100	685	15,324%	1064	9,922%	1284	12,720%	26	0,289%	3.059
Más de 100	234	5,235%	356	3,320%	241	2,388%	0	0,000%	831
Total	4470		10724		10094		9008		34300

Proporción de pacientes por número de contactos y densidades de psicoterapia (II).

■ 1 ■ 2-3 ■ 4-7 ■ 8-15 ■ 16-30 ■ 31-100 ■ Más de 100



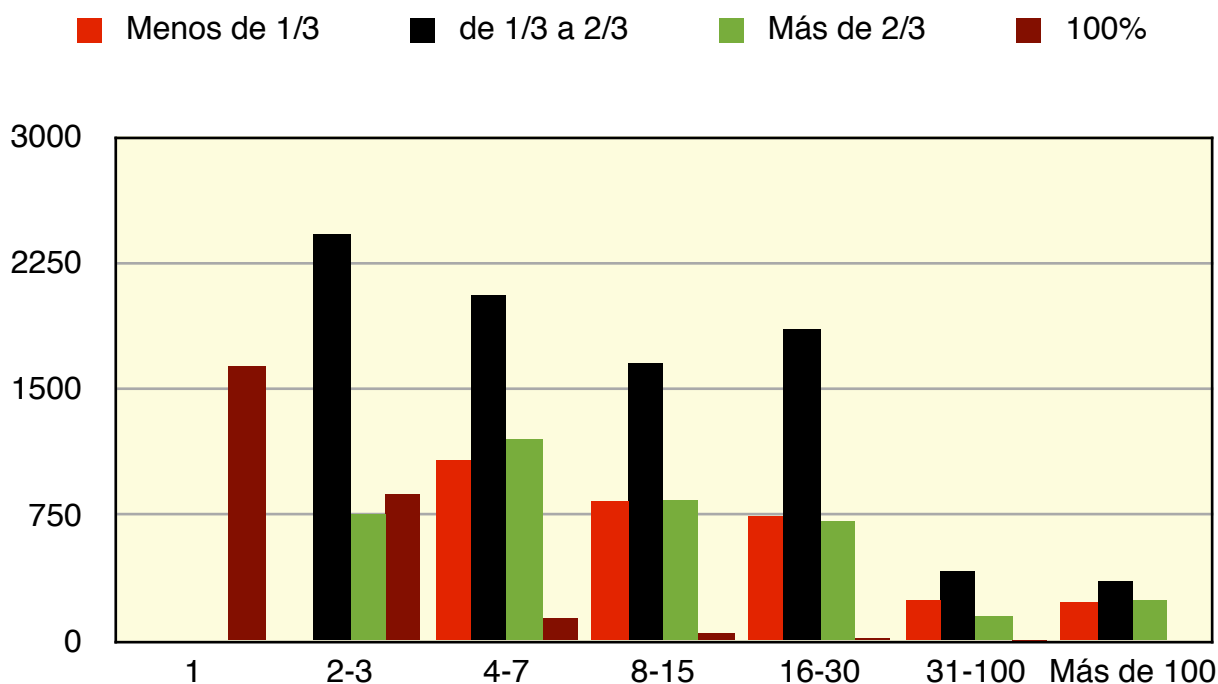
Proporción de pacientes por número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 3.

4.8.8 Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 9.

4.8.8.1 Expresada en cifras globales. Área 9

Núm. Cont.	Nunca	1/3	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	Total
1	7348	0	0	0	1633	8981
2-3	4090	0	2423	752	871	8136
4-7	597	1078	2060	1199	133	5067
8-15	209	832	1655	838	44	3578
16-30	93	741	1855	714	15	3418
31-100	4	242	416	148	4	814
Más de 100	1	234	356	241	0	832
Total	12342	3127	8765	3892	2700	30826

Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 9.



Número de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 9.

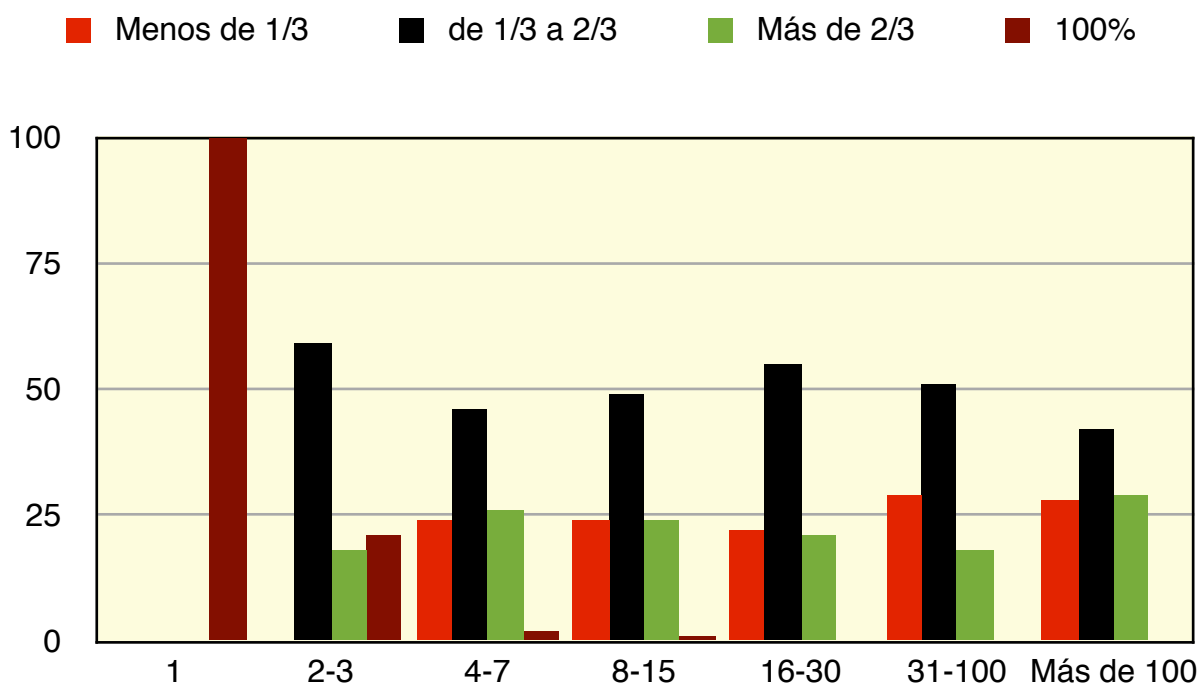
4.8.8.2 Expresado en proporciones. Área 9

Núm. Cont.	Nunca	33,33%	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	
1	81,8%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	100,0%
2-3	50,2%	0,0%	29,8%	9,2%	10,7%	99,9%
4-7	24,9%	19,7%	31,4%	19,0%	5,0%	100,0%
8-15	11,8%	21,3%	40,7%	23,7%	2,6%	100,1%
16-30	5,8%	23,3%	46,3%	23,4%	1,2%	100,0%
31-100	2,7%	21,7%	54,3%	20,9%	0,4%	100,0%
Más de 100	0,5%	29,7%	51,1%	18,2%	0,5%	100,0%

Proporción de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 9. (I)

Núm. Cont.	Menos de 1/3		de 1/3 a 2/3		Más de 2/3		100%		Total PT
1	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	1633	100,000%	1.633
2-3	0	0,000%	2423	59,886%	752	18,586%	871	21,527%	4.046
4-7	1078	24,116%	2060	46,085%	1199	26,823%	133	2,975%	4.470
8-15	832	24,696%	1655	49,124%	838	24,874%	44	1,306%	3.369
16-30	741	22,286%	1855	55,789%	714	21,474%	15	0,451%	3.325
31-100	242	29,877%	416	51,358%	148	18,272%	4	0,494%	810
Más de 100	234	28,159%	356	42,840%	241	29,001%	0	0,000%	831
	3127		8765		3892		2700		18484

Proporción de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 9. (II)



Proporción de pacientes según número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 9.

4.8.8.3 Seccionado por densidades de psicoterapia. Área 9

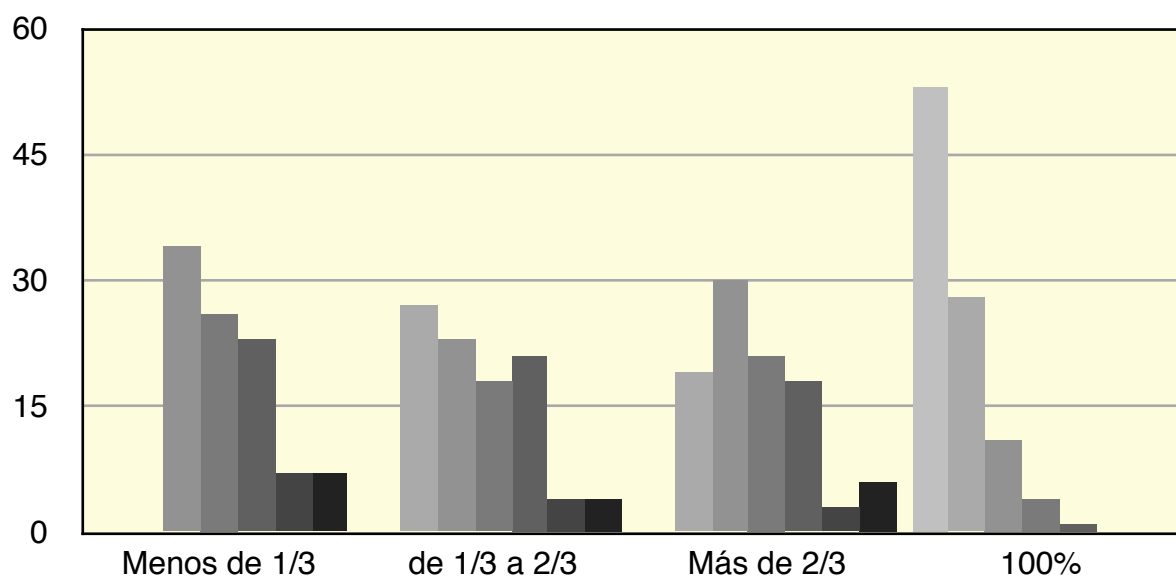
Núm. Cont.	Nunca	33,33%	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%
1	52,5%	0,0%	0,0%	0,0%	53,8%
2-3	29,2%	0,0%	23,1%	15,3%	28,7%
4-7	11,8%	31,2%	19,9%	25,7%	11,0%
8-15	4,3%	25,6%	19,6%	24,4%	4,4%
16-30	1,5%	19,8%	15,8%	17,0%	1,4%
31-100	0,7%	17,6%	17,7%	14,5%	0,5%
Más de 100	0,0%	5,8%	4,0%	3,0%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,1%	99,9%	99,9%

Proporción de pacientes por número de contactos y densidades de psicoterapia (I).

Conta ctos	Menos de 1/3		de 1/3 a 2/3		Más de 2/3		100%		Total PT
1	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	1633	60,481%	1.633
2-3	0	0,000%	2423	27,644%	752	19,322%	871	32,259%	4.046
4-7	1078	34,474%	2060	23,503%	1199	30,807%	133	4,926%	4.470
8-15	832	26,607%	1655	18,882%	838	21,531%	44	1,630%	3.369
16-30	741	23,697%	1855	21,164%	714	18,345%	15	0,556%	3.325
31-100	242	7,739%	416	4,746%	148	3,803%	4	0,148%	810
Más de 100	234	7,483%	356	4,062%	241	6,192%	0	0,000%	831
Total	3127		8765		3892		2700		18484

Proporción de pacientes por número de contactos y densidades de psicoterapia (II).

■ 1 ■ 2-3 ■ 4-7 ■ 8-15 ■ 16-30 ■ 31-100 ■ Más de 100



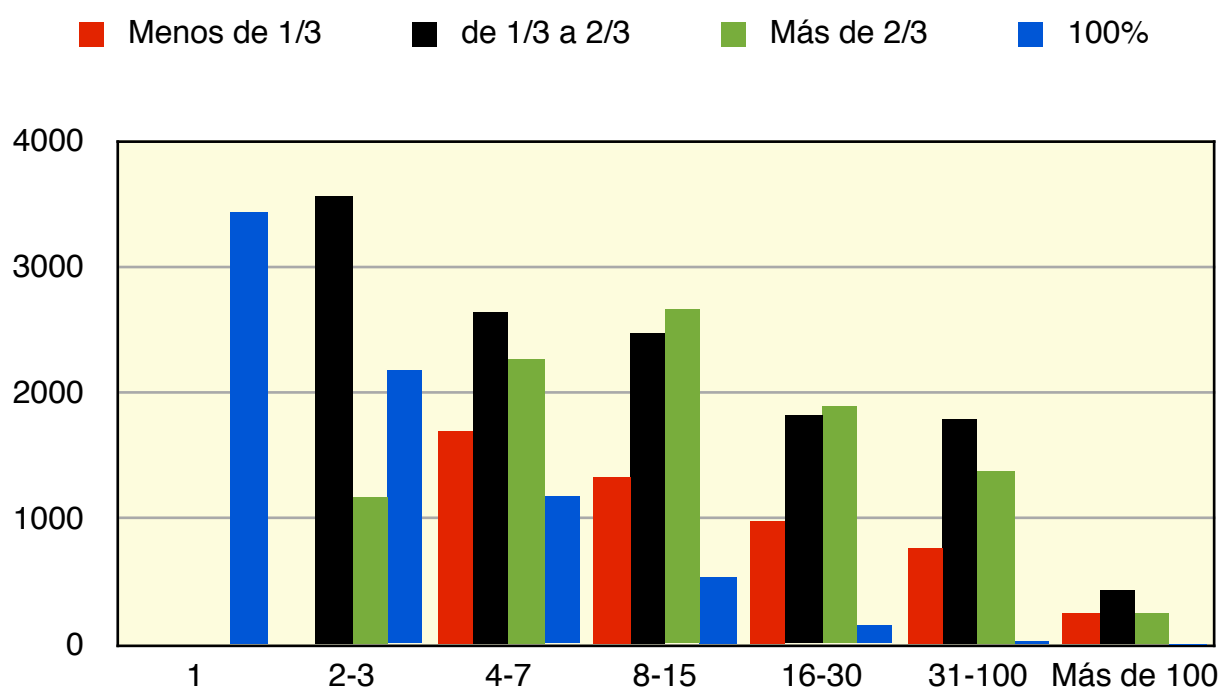
Proporción de pacientes por número de contactos y densidades de psicoterapia. Área 9.

4.8.9 Distribución por géneros de la densidad de psicoterapia.

4.8.9.1 Mujeres Absoluto

	Nunca	1/3	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	Total
1	11337	0	0	0	3430	14767
2-3	5199	0	3558	1169	2176	12102
4-7	1996	1694	2639	2265	1175	9769
8-15	699	1329	2473	2660	535	7696
16-30	186	979	1816	1890	152	5023
31-100	72	766	1790	1379	27	4034
Más de 100	1	251	432	251	4	939
	19490	5019	12708	9614	7499	54330

Cantidad de mujeres por densidad de psicoterapia y número de contactos.



Cantidad de mujeres por densidad de psicoterapia y número de contactos.

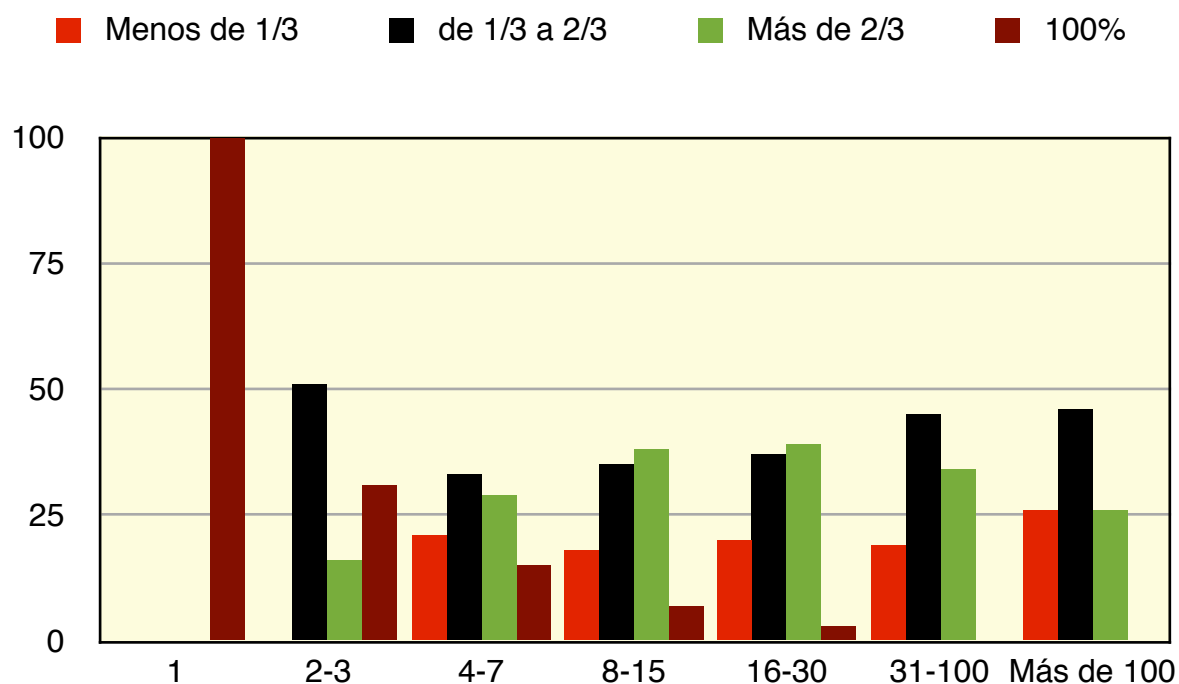
4.8.9.2 Mujeres proporcional.

Núm. Cont.	Nunca	33,33%	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	
1	76,8%	0,0%	0,0%	0,0%	23,2%	100,0%
2-3	43,0%	0,0%	29,4%	9,7%	18,0%	100,1%
4-7	20,2%	17,4%	27,1%	23,3%	12,1%	100,1%
8-15	9,1%	17,3%	32,1%	34,6%	7,0%	100,1%
16-30	3,7%	19,5%	36,2%	37,6%	3,0%	100,0%
31-100	1,8%	19,0%	44,4%	34,2%	0,7%	100,1%
Más de 100	0,1%	26,7%	46,0%	26,7%	0,4%	99,9%

Proporción de mujeres por densidad de psicoterapia y número de contactos (I).

Núm. Cont.	Menos de 1/3		de 1/3 a 2/3		Más de 2/3		100%		Total PT
1	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	3430	100,000%	3.430
2-3	0	0,000%	3558	51,543%	1169	16,935%	2176	31,523%	6.903
4-7	1694	21,793%	2639	33,951%	2265	29,139%	1175	15,116%	7.773
8-15	1329	18,994%	2473	35,344%	2660	38,016%	535	7,646%	6.997
16-30	979	20,240%	1816	37,544%	1890	39,074%	152	3,142%	4.837
31-100	766	19,334%	1790	45,179%	1379	34,806%	27	0,681%	3.962
Más de 100	251	26,759%	432	46,055%	251	26,759%	4	0,426%	938
	5019		12708		9614		7499		34840

Proporción de mujeres por densidad de psicoterapia y número de contactos (II).



Proporción de mujeres por densidad de psicoterapia y número de contactos.

4.8.9.3 Mujeres desglosado por densidades de psicoterapia.

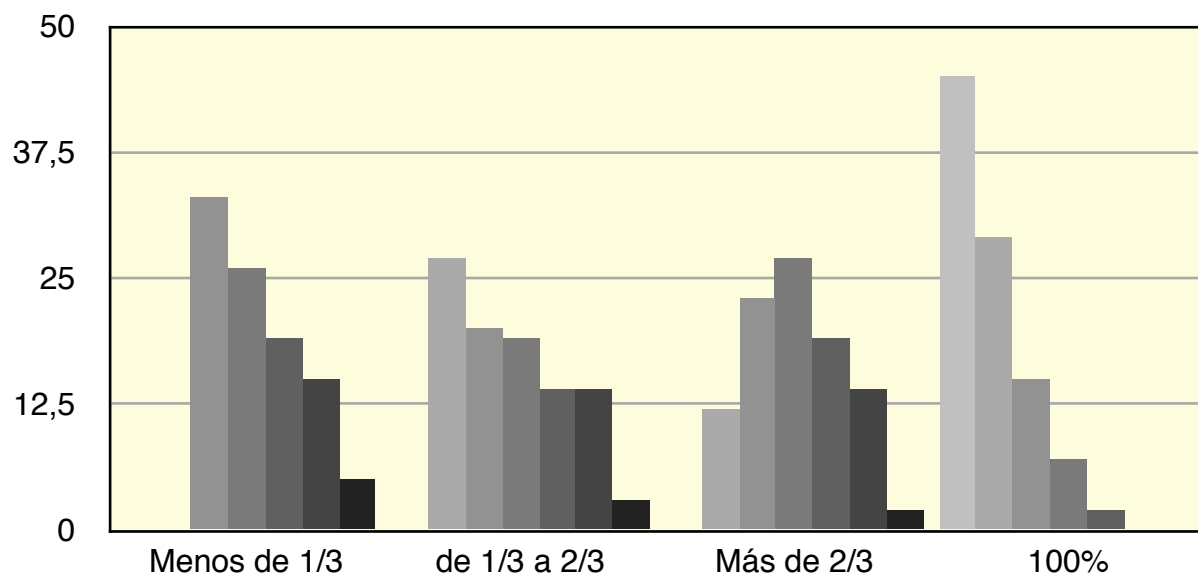
Núm. Cont.	Nunca	33,33%	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%
1	58,3%	0,0%	0,0%	0,0%	27,2%
2-3	26,7%	0,0%	28,0%	12,2%	22,3%
4-7	10,1%	33,8%	20,8%	23,6%	17,9%
8-15	3,6%	26,5%	19,5%	27,7%	14,2%
16-30	1,0%	19,5%	14,3%	19,7%	9,3%
31-100	0,4%	15,3%	14,1%	14,3%	7,4%
Más de 100	0,0%	5,0%	3,4%	2,6%	1,7%
TOTAL	100,1%	100,1%	100,1%	100,1%	100,0%

Proporción de mujeres por densidad de psicoterapia y número de contactos (III)

Conta ctos	Menos de 1/3		de 1/3 a 2/3		Más de 2/3		100%		Total PT
1	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	3430	45,739%	3.430
2-3	0	0,000%	3558	27,998%	1169	12,159%	2176	29,017%	6.903
4-7	1694	33,752%	2639	20,766%	2265	23,559%	1175	15,669%	7.773
8-15	1329	26,479%	2473	19,460%	2660	27,668%	535	7,134%	6.997
16-30	979	19,506%	1816	14,290%	1890	19,659%	152	2,027%	4.837
31-100	766	15,262%	1790	14,086%	1379	14,344%	27	0,360%	3.962
Más de 100	251	5,001%	432	3,399%	251	2,611%	4	0,053%	938
	5019		12708		9614		7499		34840

Proporción de mujeres por densidad de psicoterapia y número de contactos (IV)

■ 1 ■ 2-3 ■ 4-7 ■ 8-15 ■ 16-30 ■ 31-100 ■ Más de 100

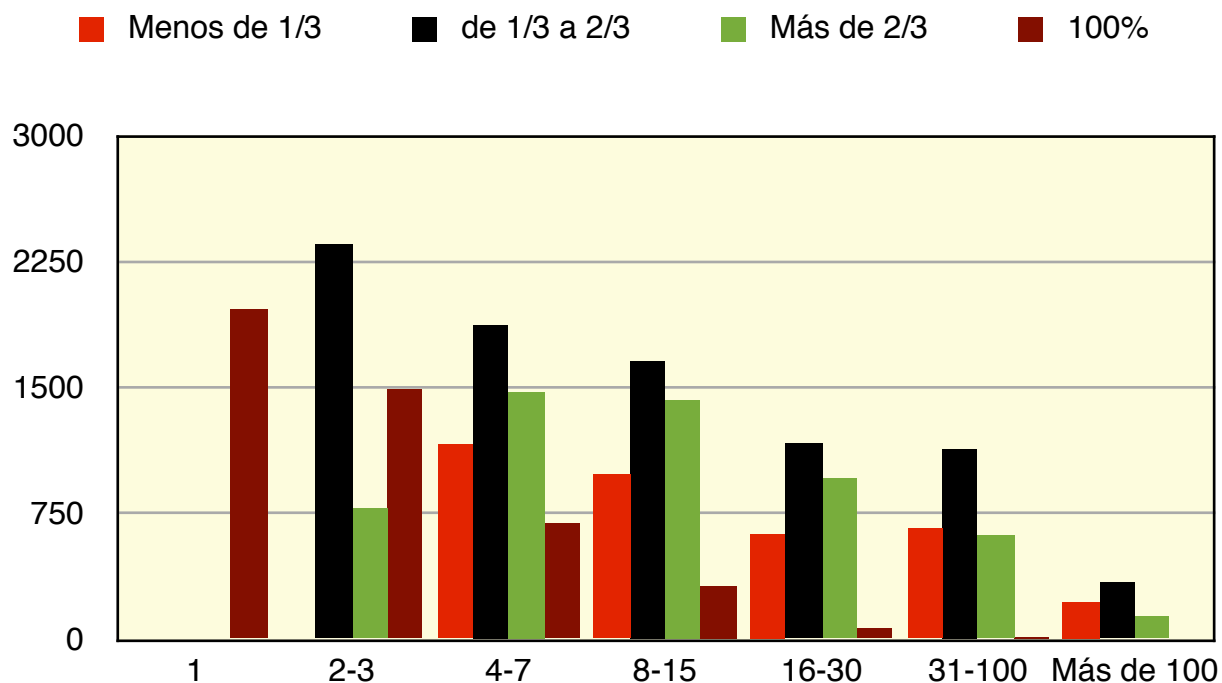


Proporción de mujeres por densidad de psicoterapia y número de contactos.

4.8.9.4 Absoluto Hombres

Núm. Cont.	Nunca	1/3	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	
1	7199	0	0	0	1963	9162
2-3	4074	0	2349	781	1487	8691
4-7	1679	1159	1872	1473	691	6874
8-15	608	982	1657	1426	318	4991
16-30	190	627	1166	959	67	3009
31-100	72	661	1133	618	14	2498
Más de 100	4	224	341	138	0	707
Total	13826	3653	8518	5395	4540	35932

Cantidad de hombres por densidad de psicoterapia y número de contactos.



Cantidad de hombres por densidad de psicoterapia y número de contactos.

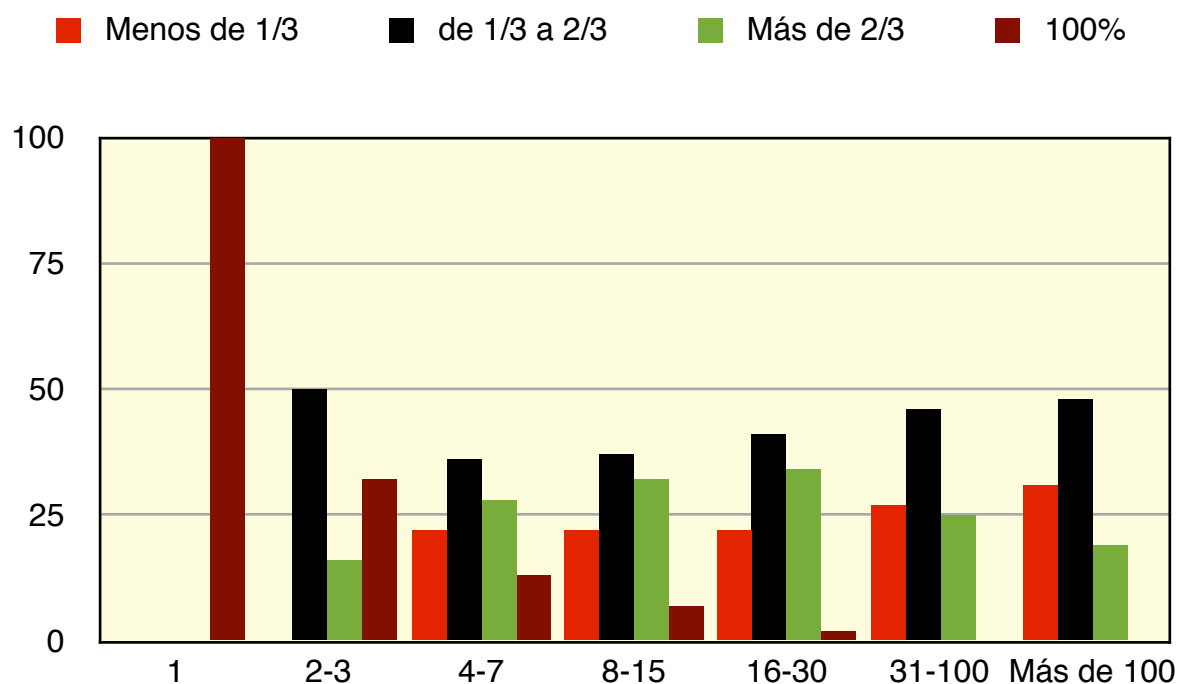
4.8.9.5 Hombres proporcional

	Nunca	33,33%	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%	
100%	78,6%	0,0%	0,0%	0,0%	21,4%	100,0%
2-3	46,9%	0,0%	27,0%	9,0%	17,1%	100,0%
4-7	24,4%	16,9%	27,2%	21,4%	10,1%	100,0%
8-15	12,2%	19,7%	33,2%	28,6%	6,4%	100,1%
16-30	6,3%	20,8%	38,8%	31,9%	2,2%	100,0%
31-100	2,9%	26,5%	45,4%	24,7%	0,6%	100,1%
Más de 100	0,1%	26,7%	46,0%	26,7%	0,4%	99,9%

Proporción de hombres por densidad de psicoterapia y número de contactos (I).

Núm. Cont.	Menos de 1/3		de 1/3 a 2/3		Más de 2/3		100%		Total PT
1	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	1963	100,000%	1.963
2-3	0	0,000%	2349	50,877%	781	16,916%	1487	32,207%	4.617
4-7	1159	22,310%	1872	36,035%	1473	28,354%	691	13,301%	5.195
8-15	982	22,405%	1657	37,805%	1426	32,535%	318	7,255%	4.383
16-30	627	22,242%	1166	41,362%	959	34,019%	67	2,377%	2.819
31-100	661	27,246%	1133	46,702%	618	25,474%	14	0,577%	2.426
Más de 100	224	31,863%	341	48,506%	138	19,630%	0	0,000%	703
	3653		8518		5395		4540		22106

Proporción de hombres por densidad de psicoterapia y número de contactos (II).



Proporción de hombres por densidad de psicoterapia y número de contactos.

4.8.9.6 Hombres desglosado por densidades de psicoterapia

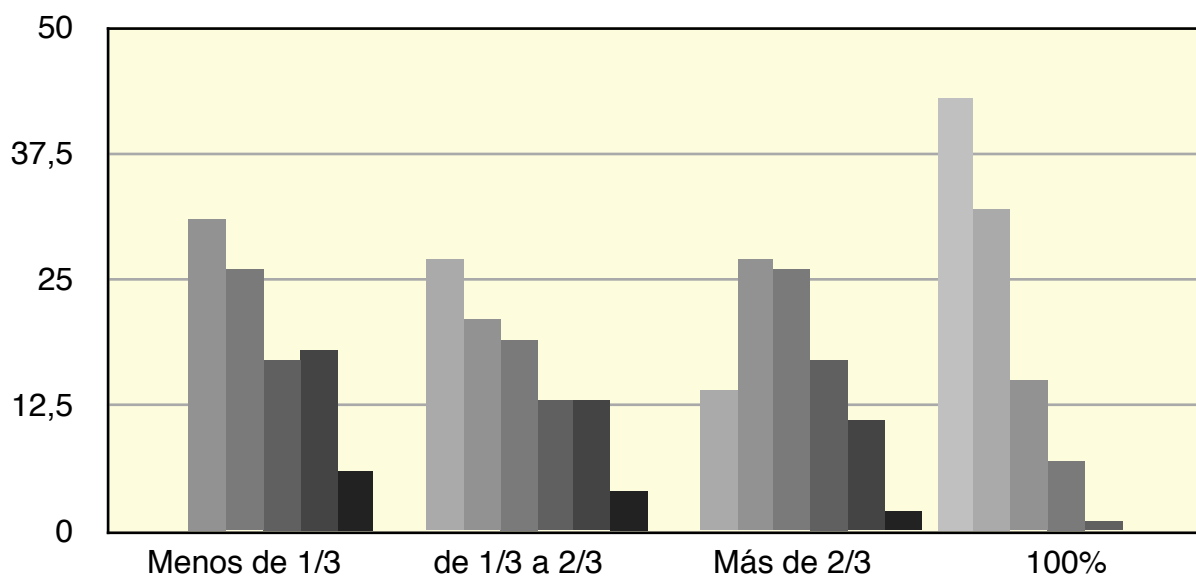
Núm. Cont.	Nunca	33,33%	de 1/3 a 2/3	Más de 2/3	100%
1	52,1%	0,0%	0,0%	0,0%	43,2%
2-3	29,5%	0,0%	27,6%	14,5%	32,8%
4-7	12,1%	31,7%	22,0%	27,3%	15,2%
8-15	4,4%	26,9%	19,5%	26,4%	7,0%
16-30	1,4%	17,2%	13,7%	17,8%	1,5%
31-100	0,5%	18,1%	13,3%	11,5%	0,3%
Más de 100	0,0%	6,1%	4,0%	2,6%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,1%	100,1%	100,0%

Proporción de hombres por densidad de psicoterapia y número de contactos (III)

Núm. Cont.	Menos de 1/3		de 1/3 a 2/3		Más de 2/3		100%		Total PT
1	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	1963	43,238%	1.963
2-3	0	0,000%	2349	27,577%	781	14,476%	1487	32,753%	4.617
4-7	1159	31,727%	1872	21,977%	1473	27,303%	691	15,220%	5.195
8-15	982	26,882%	1657	19,453%	1426	26,432%	318	7,004%	4.383
16-30	627	17,164%	1166	13,689%	959	17,776%	67	1,476%	2.819
31-100	661	18,095%	1133	13,301%	618	11,455%	14	0,308%	2.426
Más de 100	224	6,132%	341	4,003%	138	2,558%	0	0,000%	703
	3653		8518		5395		4540		22106

Proporción de hombres por densidad de psicoterapia y número de contactos (IV)

■ 1 ■ 2-3 ■ 4-7 ■ 8-15 ■ 16-30 ■ 31-100 ■ Más de 100



Proporción de hombres por densidad de psicoterapia y número de contactos.

5. DISCUSIÓN

5.1 Frecuencia de contactos psicoterapéuticos

En nuestro estudio hemos analizado la totalidad de los contactos que la población de referencia ha tenido con los servicios públicos de salud mental. Se trata de cuatro ciudades obreras, con poco uso de los servicios privados. Por tanto, hemos tenido ocasión de analizar todos los contactos que se han producido en respuesta a las demandas por motivo de salud mental que han desbordado las posibilidades de resolución en el nivel de atención primaria y han sido derivadas por los médicos de primaria al de atención especializada. Otros trabajos que perseguían el propósito de conocer la extensión de la práctica de la psicoterapia^{6, 8-10, 17, 21} se basan en encuestas poblacionales telefónicas, u otro tipo de encuestas aplicadas a muestras de la población para luego inferir a la totalidad de la misma. No hemos encontrado otro trabajo en el que se haya analizado la presencia de un componente psicoterapéutico en la totalidad de la actividad de atención a la salud mental proporcionada a una población .

El primer hallazgo que hay que destacar es que la mayoría de los actos asistenciales realizados en la red de atención especializada incluyen de psicoterapia: El **52,32%** de los contactos analizados (un total de 570.304 contactos psicoterapéuticos sobre un total de 1.089.939 contactos) incluyen psicoterapia que se proporciona sola o en combinación con fármacos. O, lo que es lo mismo, sólo el **47,68%** de los contactos no incluían una prestación psicoterapéutica. La psicoterapia es, por tanto una prestación muy frecuente en los servicios de salud mental públicos que hemos estudiado, habiendo resultado una prevalencia de **8,114%** sobre el total de la población de estudio a lo largo de todo el período estudiado, que va desde 1986 hasta 2005. En otros estudios se ofrecen prevalencias del **1%** al **1,69%** de asistencia psicoterapéutica en un momento puntual ^{7, 12}, del **3,06%** al **3,59%** en un periodo estudiado de 1 año ^{6, 8, 14}, y del **5,19%** al **11,5%** cuando se toma como referencia toda la vida del sujeto ^{9, 12}.

5.2 Distribución por áreas de salud.

La proporción de contactos que incluyen psicoterapia es muy semejante en las dos áreas que hemos estudiado. El **54,5%** de los contactos del Área 3 y el **49,61%** de los contactos del Área 9 incluyen psicoterapia sola o en combinación con fármacos. Si la práctica de la psicoterapia dependiera de factores vinculados a la persona concreta que la

aplica y no a una lógica compartida por el colectivo profesional, probablemente nos hubiéramos encontrado con mayores diferencias.

Esta homogeneidad en la aplicación de las intervenciones psicoterapéuticas se mantiene si analizamos por separado los cuatro distritos que componen las dos áreas. Así, la proporción de contactos que incluyen psicoterapia es de **51,19%** en Leganés, **47,89%** en Fuenlabrada, **49,29%** en Torrejón de Ardoz y **55,93%** en Alcalá de Henares.

El formato más frecuente en ambas áreas ha sido la psicoterapia Individual con un **77%** de los contactos psicoterapéuticos en el Área 3 y con un **82%** de los contactos psicoterapéuticos del Área 9. Seguidamente en proporción, resulta la psicoterapia de grupo (**22%** y **17%** en Área 3 y 9 respectivamente) y finalmente la terapia de familia y pareja con un **1** y **2%** en Área 3 y 9 respectivamente.

5.3 Contactos psicoterapéuticos: distribución por géneros.

Ya desde los estudios clásicos de Goldberg y Huxley hay referencias de que más mujeres que hombres hacen uso de los sistemas generales de salud y de salud mental²². Según nuestros datos, hay un total de 54.300 mujeres y 35.932 hombres en nuestra población. Nuestros contactos psicoterapéuticos son disfrutados por mujeres en un **60,53%** y por hombres en un **39,41%**. Sin embargo, cuando ajustamos por número total de contactos femeninos y masculinos, disminuye bastante el gap que diferencia a los sexos en cuanto a contactos: de la totalidad de contactos femeninos, el **54,52%** recibieron psicoterapia y de los masculinos, el **49,28%** recibieron psicoterapia.

Una posible hipótesis es que hay entran más mujeres que hombres en el circuito de atención especializada, pero una vez dentro del circuito de atención especializada ambos sexos no se diferencian en tanta medida en cuanto a la cantidad de psicoterapia recibida: ambos sexos tienen un devenir semejante en cuanto a recibir o no recibir psicoterapia (**54,52%** mujeres vs **49,28%** hombres). De esto se deduce que no depende tanto del sexo el recibir psicoterapia una vez se está siendo atendido en un dispositivo de salud mental, sino de otros factores a saber, por ejemplo, el diagnóstico, en lo que abundaremos más adelante.

Lo que si podemos observar con cierta claridad es que la mayoría de los pacientes de nuestra población, pacientes atendidos en dispositivos de salud mental, son mujeres (entorno al **60%**) posiblemente derivado del hecho de que la patología más frecuente (alteraciones afectivas, trastornos de ansiedad) es más frecuentemente sufrida por mujeres ^{23, 24} Este hallazgo es congruente con la literatura hasta el momento publicada^{6, 8, 10, 17, 21, 25} que refleja que el usuario de psicoterapia corresponde más frecuentemente al sexo femenino.

5.4 Contactos psicoterapéuticos: distribución por estados civiles.

La información relativa a los estados civiles en nuestra base de datos está sujeta a la modificación del mismo a lo largo de la vida del sujeto. Con respecto a los estados civiles registrados en los 570.304 contactos psicoterapéuticos, el **42,48%** no tenían estado civil registrado. Esto implica que para los estados civiles, contamos con un total de 328.015 contactos. Sobre estos, resulta más frecuente en los contactos psicoterapéuticos el estado civil de soltero, con un **47,59%** de todos los contactos psicoterapéuticos: corresponde con el mayor número de sujetos de nuestra población de estudio: lo que más hay son solteros (**37,67%** de todos los pacientes de nuestra población). En otras poblaciones (Francia) resultó encontrarse como más frecuente el estado de solteros entre los usuarios de psicoterapia³ también.

En nuestra población se ordenan el resto estados civiles registrados en los contactos psicoterapéuticos de la siguiente manera: casados (representan el **38,39%** de todos los contactos psicoterapéuticos con estado civil registrado) luego separados (**11,09%**) y finalmente viudos (**2,91%**).

Si separamos los contactos por estados civiles y contamos qué proporción de los contactos han recibido psicoterapia en cada estado civil, encontramos que los contactos de separados han recibido más psicoterapia que ningún otro estado civil: en el **57,9%** de los contactos de separados ha habido psicoterapia. Para los contactos de solteros, el **55,9%** han recibido psicoterapia. Seguidamente los contactos de casados (**52,21%**) y los contactos de viudos (**43,62%**).

Podemos deducir que tenemos un mayor número absoluto de contactos psicoterapéuticos en pacientes solteros, pero de manera relativa, el estado civil que más recibe psicoterapia es el de separado.

Esto es congruente con lo expuesto en otros trabajos hasta la fecha, que relatan un mayor consumo de psicoterapia por parte de personas separadas o divorciadas en poblaciones de EEUU ^{9, 21}.

5.5 Frecuencia de diferentes tipos de psicoterapia

Hemos podido diferenciar entre los diferentes tipos de psicoterapia que se han practicado, ya sean Psicoterapia Individual, Psicoterapia de Grupo y Psicoterapia de Pareja/Familiar. No existen estudios hasta el momento que analicen la frecuencia de aplicación de diferentes tipos de psicoterapia en muestras o poblaciones. En nuestro estudio, la Psicoterapia Individual abarca el **79,03%** de todos los contactos psicoterapéuticos. La psicoterapia individual incluye también lo que había sido registrado como Psicoterapia Verbal de Apoyo en el Área 9 (**6,62%** del total de contactos psicoterapéuticos) y el Tratamiento Combinado del Área 3 (**20,66%** del total de contactos psicoterapéuticos): este último, resulta ser una modalidad de atención que combina la psicoterapia individual y la medicación y es materia de estudio en muchos otros sentidos, por ejemplo de efectividad de los tratamientos en determinadas dolencias psiquiátricas: orientan a que el tratamiento combinado resulta más efectivo y más duradero que el tratamiento psicoterapéutico sólo o que el tratamiento farmacológico solo ^{23, 24, 26}.

No carece de lógica el hecho de que el formato más frecuente de aplicación sea el individual, puesto que le clínico puede tomar la determinación de iniciarlo en la misma consulta, cuando para la psicoterapia grupal hace falta un trabajo de coordinación, de la misma manera que para la psicoterapia de pareja o familiar.

La psicoterapia de grupo resulta frecuente, con un **19,62%** de los contactos psicoterapéuticos, pero téngase en cuenta que cada vez que se da una sesión de psicoterapia de grupo se registra como tal en cada usuario de la psicoterapia, con lo que se lleva tantos registros como personas haya en el grupo, de una vez. Esto puede suponer un sesgo a la hora de valorar la cantidad de psicoterapia de grupo que se ha

llevado a cabo: en realidad, puede que no sea tan frecuente en cuanto al consumo de tiempo de los profesionales como quiere reflejar la cifra que recogemos en este estudio.

Encontramos que la psicoterapia familiar resulta la menos frecuente con un **1,34%** de todos los contactos psicoterapéuticos. La razón de este hallazgo podría ser que la psicoterapia de pareja precisa de mayor coordinación por el número de personas implicadas, que haya un menor número de casos susceptibles de abordaje y que el profesional precise de una formación específica que no siempre tiene.

Las tendencias descritas para los 3 tipos de psicoterapia registrados, se mantienen muy paralelas en ambas áreas de salud: la tendencia es por lo tanto global, para nuestra población.

Hay que destacar que el Área 9 se ha hecho el doble de psicoterapia de pareja/familiar relativamente al total de contactos psicoterapéuticos (**2%** de todos los contactos psicoterapéuticos, un total de 7.664 registros de psicoterapia de pareja) que en el Área 3 (**1%**, siendo un total de 4.174 de registros de psicoterapia de pareja). Resulta un número muy bajo de contactos en relación con la psicoterapia individual.

5.6 Distribución de la psicoterapia por distritos sanitarios.

Hemos podido obtener información de los diferentes distritos donde se han llevado a cabo los contactos psicoterapéuticos siendo estos los siguientes: Servicios de Salud Mental de Leganés (el **51,19%** de sus contactos han sido psicoterapéuticos), Centro de Salud Mental de Fuenlabrada (**47,89%**), Servicios de Salud Mental de Torrejón de Ardoz (**42,29%**) y los Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares (**55,93%**).

Es en Alcalá de Henares donde se hace una mayor cantidad relativa de psicoterapia (**55,93%**), pero en los demás centros nunca baja del **42,29%** de la atención (Torrejón de Ardoz). Son cifras descriptivas que no se pueden relacionar con otros estudios, puesto que no los hay, pero sí ofrecen información sobre una homogeneidad en cuanto a la aplicación de psicoterapia en los diferente dispositivos.

5.7 Total de prestaciones que incluyen psicoterapia por diagnóstico

Resulta de interés saber qué diagnósticos se han registrado en los contactos psicoterapéuticos, y hemos podido obtener esta información. De nuestros 570.304 contactos psicoterapéuticos un total de 65.543 no tenían diagnóstico registrado, esto supone un **11,49%** de nuestros contactos psicoterapéuticos. De los datos válidos, la Esquizofrenia resulta el diagnóstico que abarca la mayor cantidad de contactos psicoterapéuticos, con un **10,75%** de la totalidad de contactos psicoterapéuticos. Seguidamente en cantidad de contactos, resultan los Trastornos de Ansiedad **7,88%** de los contactos psicoterapéuticos totales, seguidamente Trastornos de Personalidad con **5,49%** de los contactos psicoterapéuticos totales, y en orden descendente las siguientes categorías diagnósticas: Psicosis Afectivas, Depresión, Otras Psicosis, Trastornos Adaptativos, Uso de sustancias y Trastornos de la Alimentación. Debemos reseñar que en este caso hablamos de contactos totales, no relativos a las intervenciones en cada diagnóstico.

Es probable que el hecho de que la Esquizofrenia abarque la mayor cantidad de contactos psicoterapéuticos no se deba a una dedicación excesiva de psicoterapia en estos pacientes, sino más bien a que son pacientes que mantienen el contacto con las Unidades de Salud Mental de manera indefinida: nunca se les da el alta, por lo que tienen un seguimiento durante muchos años y hacen contactos muy frecuentes por los cuidados orientados a la rehabilitación.

La segunda categoría diagnóstica en frecuencia son los Trastornos de Ansiedad, que ocupan una parte muy importante del trabajo en las Unidades de Salud Mental, tanto por su frecuencia global que afecta hasta el 28,8% de la población a lo largo de la vida ²⁶ como por su susceptibilidad de ser abordados con tratamientos psicoterapéuticos²⁷.

Los Trastornos de la Personalidad se encuentran en tercer puesto de manera global en cuanto a consumo de contactos psicoterapéuticos: son trastornos crónicos, que la medicación sólo puede acotar sintomáticamente hasta cierto punto, haciéndose indispensable el abordaje psicoterapéutico en muchos momentos de su devenir por presentar frecuentemente síntomas de ansiedad o depresión^{28, 29}.

En el 4º lugar en cantidad de contactos psicoterapéuticos resultan posicionarse las Psicosis Afectivas, grupo de trastornos que en muchas ocasiones presentan sintomatología subsindrómica de años de evolución³⁰, y necesidades de coordinación con enfermería: son pacientes en los que si bien la medicación es necesaria, resulta adecuado en la enorme mayoría de los casos ofrecerles un tratamiento psicoterapéutico por varias razones: psicoeducación, apoyo, elaboración de conflictos interpersonales etc³¹.

En los estudios de Olfson se detalla que el **75%** de su asistencia psicoterapéutica has sido consumida por trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos adaptativos: llama la atención que la esquizofrenia, en sus revisiones tanto de 1987 como de 1997 reflejan una baja frecuencia de psicoterapia, pero no es de extrañar puesto que la asistencia psicoterapéutica en sus estudios fue de financiación privada entorno al **70%** de los casos, cuando en nuestras áreas de salud es completamente gratuita: los pacientes con esquizofrenia son con enorme frecuencia pertenecientes a clases sociales menos aventajadas.

5.8 Proporción de contactos que incluyen psicoterapia por categorías diagnósticas

Cuando miramos los contactos globales por grupos diagnósticos y obtenemos la proporción de contactos que han sido psicoterapéuticos, se objetivan cifras completamente diferentes a las obtenidas de manera global, que como mencionamos venían condicionadas por las características de cronicidad y frecuencia de asistencia de ciertos grupos como la Esquizofrenia. De esta manera relativa, son los Trastornos de la Alimentación la categoría diagnóstica que relativamente hace más contactos psicoterapéuticos, concretamente en un **71,13%** de sus contactos se ha hecho psicoterapia: esta tendencia está acorde con las guías de la NICE³² y Guíasalud³³, que indican que el principal acercamiento en los Trastornos de la Alimentación debe ser el Psicoterapéutico, tanto para Anorexia Nerviosa como para Bulimia.

En un segundo lugar encontramos los “Trastornos Adaptativos”, que reciben psicoterapia en un **68,9%** de sus contactos. Esta categoría diagnóstica es especialmente susceptible de un abordaje psicoterapéutico³⁴, puesto que muchas veces en estas

coyunturas vitales que generan síntomas ansioso depresivos resulta parcialmente ineficaz la farmacoterapia. La psicoterapia dota a estos pacientes, en muchas ocasiones, de herramientas para afrontar la crisis que les genera síntomas, y muchas veces es el componente humano y el apoyo lo que terminan de necesitar estas personas para atravesar las dificultades, a parte de la medicación que controla la más grosera sintomatología.

Sigue en orden de contactos psicoterapéuticos los categorizados como “Otros Trastornos Neuróticos”, siendo el **63,38%** de sus contactos de carácter psicoterapéutico.

Tras estos, siguen los “Trastornos de Ansiedad” (**60,91%**), “Depresión” (**57,43%**) y “Trastornos de la Personalidad” (**56,63%**). Es de interés reseñar como estas tres últimas categorías diagnósticas podrían beneficiarse en mucha mayor medida de los tratamientos psicoterapéuticos, como así avalan los estudios a favor del tratamiento combinado en estas dolencias^{27, 28, 34}.

Observamos, quizás de manera más lógica de lo que nos podría ofrecer el dato de la Esquizofrenia como principal consumidora de psicoterapia por su cronicidad, que esta recibe psicoterapia en un **44,56%** de sus contactos (7º lugar en frecuencia relativa, por debajo de las anteriormente mencionadas patologías más neurotiformes). Existen referencias en la literatura que indican el **35%** de los pacientes (no contactos) con esquizofrenia seguidos en una cohorte recibieron psicoterapia individual, familiar o grupal, cuando el **96%** de ellos recibieron tratamiento farmacológico³⁵.

Por debajo de las recién mencionadas categorías diagnósticas, quedan las categorías de “Códigos V”, “Otras Psicosis”, “Uso de Sustancias”, “Retraso mental”, “Psicosis afectivas”, “Trastornos Orgánicos”, y “Sin diagnóstico”.

De estas últimas categorías cabría reseñar como lógicamente ubicadas como las menos frecuentemente beneficiarias de psicoterapia los “Códigos V” (**44,14%**) por no tener un diagnóstico psiquiátrico evidente^{36, 37}(los Códigos V, llamados actualmente Códigos Z se utilizan para codificar aquellas circunstancias, factores de riesgo o motivos de atención que no son enfermedades ni lesiones clasificables en las demás categorías diagnósticas), “Otras psicosis” (**43,85%**), “Retraso Mental” (**38,55%**) por la menor susceptibilidad de estos pacientes a recibir una terapia de tipo dialéctica, “Trastornos

orgánicos“ (**31,48%**) por ser frecuentemente condiciones muy resistentes o inabordables desde la psicoterapia, como trastornos afectivos post isquémicos, trastornos de la personalidad de base orgánica, demencias, etc. y contactos “Sin Diagnóstico” (**48,62%**): la carencia de diagnóstico implica la posibilidad de tener un diagnóstico no registrado en la base, por diagnóstico indefinido o por ser datos que no se han transcrito eficazmente.

Cabría esperar un uso mayor de psicoterapia en “Trastornos por abuso de sustancias” (**43,45%**) y el “Psicosis Afectivas”(**38,53%**): sin embargo, no es que reciban poca psicoterapia, sino que reciben relativamente menos que las demás categorías diagnósticas.

5.9 Diagnóstico y género de los contactos psicoterapéuticos.

La Esquizofrenia, categoría que más ha consumido contactos psicoterapéuticos, el **76,28%** de los mismos han sido en hombres. Sabemos por la epidemiología psiquiátrica que la esquizofrenia es más frecuente en hombres que en mujeres³⁸, y hay referencias que indican que los hombres con esquizofrenia hacen mayor uso de los Servicios de Salud Mental en algunas poblaciones donde el **70%** de los pacientes con esquizofrenia son hombres y el **30%** restante son mujeres³⁵.

Sobre los trastornos de ansiedad, el sexo femenino abarca el **71,18%** de los contactos: es congruente con la mayor prevalencia de estos trastornos en el sexo femenino³⁹.

En los Trastornos de la Personalidad resulta más frecuente la psicoterapia en el sexo masculino: el **58,87%** de los contactos psicoterapéuticos de trastornos de la personalidad corresponden a hombres.

En las Psicosis Afectivas resulta más frecuente en el sexo femenino, con un **65,07%** de los contactos psicoterapéuticos. Esta diferencia se hace más notable en la depresión, donde los contactos psicoterapéuticos femeninos suponen el **80,52%**, muy por encima de los hombres con un **19,48%**: la depresión y distimia resultan más frecuentes en el sexo femenino⁴⁰.

Dentro de los trastornos adaptativos, que frecuentemente cursan con síntomas depresivos y/o ansiosos, encontramos una mayor cantidad de contactos psicoterapéuticos femeninos (**61,82%**) que masculinos (**38,18%**)

Otro dato que hemos encontrado altamente ilustrativo es la distribución de los contactos psicoterapéuticos en los trastornos de alimentación, donde el **94,68%** pertenecen a mujeres, cuando sólo el **5,32%** restante pertenecen a hombres: esto resulta congruente con las diferencias intergénero que se dan en los trastornos de la alimentación ^{41, 42}.

6.10 Diagnóstico, estado civil y género.

Para este acercamiento hemos contado con los contactos que disponían de las tres variables registradas: esto es el sexo, el estado civil y el diagnóstico, que suma un total de 321.801 contactos. La mayor parte de los excluidos, 242.289 contactos, lo han sido por carecer de la variable “estado civil” disponible para el estudio.

En la categoría de esquizofrenia se observa una contundente predominancia de contactos de solteros, y como ya veíamos en la distribución por sexos la mayoría de estos contactos corresponden a hombres. En esta sección la soltería ocupa el **75,09%** de los contactos de esquizofrénicos (sólo el **14,54%** de los contactos son de personas casadas y el **10,36%** de separadas o divorciadas), y de estos el **83,07%** son contactos realizados por hombres. Estos hallazgos son congruentes con los encontrados en otros estudios en los que el **79%** de los pacientes con esquizofrenia permanecen solteros en la población³⁵.

En los trastornos de ansiedad hasta el **52,22%** de los contactos psicoterapéuticos ofrecen el estado civil de casados siendo de estos el **75,69%** de mujeres y el **24,31%** de hombres. Esta disparidad dentro del matrimonio que versa a favor de una mayor cantidad de contactos femeninos que se benefician de la psicoterapia es congruente con hallazgos de otros estudios que refieren que el papel que juega la mujer dentro del matrimonio le predispone más que al hombre a sufrir cuadros ansiosos⁴³ derivados de conflictos maritales.

En estos trastornos de ansiedad, el **36,20%** son contactos de personas solteras, y de estas el **64,41%** son contactos de mujeres y el **35,59%** de hombres, continuando la lógica de la mayor frecuencia de estos trastornos en la población femenina³⁹.

En la categoría de trastornos de la personalidad, el **52,02%** son contactos de solteros, y el **31,73%** son contactos de casados.

En los contactos psicoterapéuticos de Psicosis Afectivas y de Cuadros Depresivos el comportamiento de las cifras resulta semejante: es predominante el estado civil de casados, correspondiendo al **59,27%** de los contactos en Psicosis Afectivas (de los cuales el **68,85%** son contactos femeninos y el **31,15%** masculinos) y **65%** de los contactos psicoterapéuticos de depresiones (el **82,78%** siendo femeninos): estos hallazgos parecen lógicos, puesto que la mayoría de las psicoterapias aplicadas en Psicosis afectivas pueden haber estado orientadas con gran probabilidad a la vertiente depresiva del mismo, ya que la vertiente maniforme o psicótica en su caso no son tan susceptibles de tratamientos psicoterapéuticos⁴⁴. El matrimonio parece proteger contra la depresión más a hombres que a mujeres, cuando protege a mujeres más que a hombres ante el consumo de sustancias, como se expone en un amplio estudio de 39.493 pacientes⁴³.

Sugerimos una explicación a por qué la proporción de contactos de casados es mayor en depresiones que en psicosis afectivas, y esta es que las depresiones sin otro correlato comórbido son altamente frecuentes, hasta el 10% de la población a lo largo de la vida^{45, 46}, pero son coyunturales y frecuentemente se pueden resolver: no suponen un handicap a la hora de establecer relaciones interpersonales de calidad, habitualmente. Sin embargo, las psicosis afectivas pueden ser altamente desestructurantes y dificultar o impedir el normal desenvolvimiento de las relaciones interpersonales⁴⁷. Aún así, presentan mucha mayor proporción de contactos de casados que la esquizofrenia.

En los trastornos de la alimentación es llamativa la proporción de solteros que llega al **75,76%**. De estos, el **93,89%** son contactos femeninos, por ser el sexo más prevalente en esta categoría⁴². Este factor puede no estar tan relacionado con la dificultad de estas pacientes de consumir relaciones interpersonales de calidad, sino más bien con la edad de debut de los trastornos de la alimentación (entre 14 y 18 años)⁴², edad temprana para el matrimonio en nuestra sociedad.

Es de destacar que en los trastornos adaptativos hasta el **52,4%** son contactos de solteros, el **28,87%** casados, y el **16,73%** separados.

5.11 Distribución temporal de la asistencia psicoterapéutica

Con respecto a la totalidad de los contactos, ha habido un aumento paulatino en el número de contactos de 1986 a 2005. Hasta 1992 corresponde a la etapa de implantación del RACP. En 1988 se cuenta con 19.683 contactos, y en 2005 un total de 111.516. El aumento de los contactos está relacionado con un aumento de la población, aumento de la demanda por un declive en la estigmatización de la patología mental, aumento en las derivaciones por parte de los médicos de atención primaria, y un aumento en las plantillas de atención especializada.

Sobre los contactos psicoterapéuticos podemos decir que han presentado un aumento paralelo al aumento global de contactos a lo largo de los años, de esta manera la proporción de contactos psicoterapéuticos se ha mantenido notablemente estable, entorno al **50%** de los contactos. Esto implica que la aplicación de la psicoterapia no esta sujeta a factores tales como la variabilidad en la plantilla.

La más frecuente de las modalidades de psicoterapia durante el período estudiado ha sido la psicoterapia individual. Esta prevalencia se mantiene durante todos los años de estudio, llegando como mínimo al **60%** de los contactos psicoterapéuticos (**59,05%** en 1988) pero resultando en la última década de estudio siempre por encima del **75%**, hasta un máximo de **88%** en 2005.

Con respecto a la psicoterapia de grupo y su frecuencia a lo largo de los años, se muestran frecuencias variables que oscilan desde un mínimo de **11%** en 2005 hasta un máximo de **39%** en 1988 , siempre por debajo de la psicoterapia individual. Se aprecia una tendencia al alza antes de su máximo en 1988 y luego un paulatino y constante descenso en su práctica,

Con respecto a la psicoterapia familiar o de pareja, resulta sin duda la modalidad de psicoterapia menos frecuentemente aplicada en todos los años de estudio, rondando cifras cercanas al **1%** de los contactos psicoterapéuticos en cada año. Existe un máximo

de **6,8%** en 1991, precedido por una proporción de **3,63%** en 1990, ambas cifras muy altas para el patrón habitual. Este evento puede tener que ver con un profesional concreto que haya tenido especial tendencia a practicar este tipo de psicoterapias.

5.12 Distribución mensual de los contactos

Hemos querido indagar en el patrón estacional de la aplicación de la psicoterapia, puesto que algunas dolencias psiquiátricas muy susceptibles de tratamiento psicoterapéutico presentan un patrón estacional, como algunos tipos de trastornos del estado de ánimo^{48, 49}.

Se observa una clara disminución de la cantidad de contactos globales en los meses de verano (julio, agosto y septiembre) muy posiblemente relacionado con las vacaciones de las plantillas.

Esta misma tendencia se observa en las tres modalidades de atención psicoterapéutica (individual, de grupo y de pareja/familiar) y se observa tanto en el Área 3 como en el Área 9 , aunque siempre con la reserva de que la cantidad de contactos es constantemente superior en el Área 3 por su mayor población de referencia, excepto en la psicoterapia de pareja/familiar que muestra una predominancia en el Área 9 muy notable en los meses de mayo y junio, quizás en relación con el ya mencionado tránsito de algún profesional con especial predilección por este tipo de tratamientos: en 1991 concretamente es donde se encontraba la más elevada cifra de psicoterapia de pareja/familiar, donde la tendencia se triplicaba llegando a representar el **6,85%** de todos los contactos psicoterapéuticos, cuando la tendencia habitual es rondar el **1-2%**.

Durante los meses de verano el subtipo de psicoterapia que casi desaparece es la terapia de grupo, con un mínimo en agosto, muy probablemente relacionado más con la época vacacional y dificultades de coordinación de profesionales y participantes, que con características de los pacientes o de las patologías tratadas.

5.13 Distribución cuantitativa y cronológica de las Entradas Perdidas

Tiene interés saber de qué manera se distribuyen los datos perdidos a lo largo de los años puesto que podrían variar los conceptos que se concluyan sobre la psicoterapia, sobre todo a nivel de la calidad de los datos disponibles, por representar estas entradas perdidas una cuantía importante tanto de manera absoluta como relativa. Por el hecho de que estas entradas perdidas pudieran ser tanto de contactos psicoterapéuticos como de contactos no psicoterapéuticos, comparamos la proporción sólo con la totalidad de registros de contactos, y no con los contactos psicoterapéuticos por años.

En este sentido se observa que no sólo aumenta el número global de entradas inválidas de manera paralela al aumento del número de contactos, sino que relativamente al número de contactos también hay una tendencia creciente en el número de entradas inválidas: ha decrecido proporcionalmente el número las entradas disponibles viables para analizar la epidemiología de la psicoterapia. En el último año la proporción de entradas no válidas superó el **50%**, si bien este año se caracteriza por su número relativamente muy bajo de contactos disponibles en general, menos de mil.

El **98,9%** de las entradas perdidas no tienen diagnóstico recogido, el **45%** pertenecen al Centro de Salud Mental de Leganés (128.169), el **52,9%** pertenecen al Centro de Salud Mental de Fuenlabrada (150.709), un total de 3.817 son contactos del Servicio de Urgencias (**1,3%**) y 93 contactos son de Centro de Día.

5.14 Estudio de los episodios

Un episodio es un grupo de contactos que no se separan entre sí más de 180 días. Si están separados más de 180 días, se instaura un nuevo episodio. En esta sección ofrecemos una somera visión de los episodios en general, no sólo los psicoterapéuticos.

Sobre la cantidad de pacientes en relación al número de episodios, se observa como el número de pacientes decrece a medida que crece el número de episodios que hacen estos mismos pacientes: hay muchos pacientes que hacen pocos episodios, y pocos pacientes que hacen muchos episodios.

Además, la cantidad de contactos que tienen los episodios se relaciona inversamente con la cantidad de pacientes que disfrutan de estos episodios: hay muchos pacientes que hacen episodios de un solo contactos (**26,5%**) y muy pocos pacientes que hacen episodios de más de 100 contactos (**1,8%**): los pacientes que hacen episodios de larga duración son pacientes con trastornos más graves, y estos son menos frecuentes que la patología más leve que precisa de menos contactos.

5.15 Género de los pacientes

Los contactos con los dispositivos de salud mental reflejan en qué se emplea el tiempo de asistencia a los pacientes, pero es de interés saber qué características sociodemográficas tienen los pacientes que se benefician de los contactos, así como determinadas observaciones sobre el patrón de uso de la psicoterapia por parte de los pacientes.

De manera global, hemos cuantificado que el **63,11%** del los pacientes atendidos han recibido al menos en una ocasión un contacto de atención psicoerapéutica.

Cuando comparamos las proporciones de pacientes que reciben psicoterapia en las dos áreas de salud, resultan muy semejantes, con un **64,017%** de todos los contactos en el Área 3 y el **61,805%** en el Área 9. Contémplese el hecho de que no cuantificamos en este apartado cuánta psicoterapia han hecho estos pacientes, sólo categorizamos en función de *psicoterapia si o no*, independientemente de si han tenido más o menos contactos de psicoterapia.

El **60,2%** de nuestra población son mujeres. De estas, el **64,2%** han recibido al menos algún contacto psicoterapéutico, frente al **61,5%** de los hombres: son cifras bastante semejantes lo cual sugiere que una vez los pacientes están en el circuito de Salud Mental, el sexo no supone una gran diferencia en cuanto a la probabilidad de recibir o no recibir psicoterapia

5.16 Rangos etarios de los pacientes que reciben psicoterapia.

El rango de edad al que corresponden más pacientes que han recibido psicoterapia es el de 26 a 45 años, con un **39%** de todos los pacientes psicoterapéuticos en ese rango, siendo el segundo en cuantía el rango de 0-25 años (**35%** de los pacientes psicoterapéuticos). De 46 a 65 están el **20%** de los pacientes psicoterapéuticos, y por encima de 65 años sólo el **6%** de los pacientes.

El perfil de usuario de psicoterapia que hemos obtenido en nuestro estudio es congruente con el encontrado en otros estudios ^{6, 10, 17}, mujeres en la edad media de la vida.

5.17 Densidad de psicoterapia

Hemos definido la variable Densidad de Psicoterapia para cuantificar la psicoterapia que han hecho los pacientes. La densidad de psicoterapia es la cantidad de contactos psicoterapéuticos que hace un paciente en relación a la cantidad total de contactos que hace.

$$[PT] = \text{Contactos PT} / \text{Contactos Totales}.$$

Hemos definido las diferentes densidades de psicoterapia como:

Nunca Psicoterapia

Psicoterapia en menos de 1/3 de los contactos: densidad baja.

Psicoterapia en más de 1/3 pero menos de 2/3 de los contactos: densidad media.

Psicoterapia en más de 2/3 de los contactos: densidad alta.

Psicoterapia en el 100% de los contactos.

La densidad de psicoterapia a la que pertenecen la mayoría de los pacientes que han recibido psicoterapia es la densidad media, a la que pertenecen el **23,5%** de los pacientes. Cuando separamos la información por áreas de salud, esta predominancia se

mantiene, en ambas áreas la mayoría de los pacientes están en el rango de densidad media de psicoterapia (Área 3 con un **20%** y Área 9 con un **28,6%**).

Sabiendo que el área 3 tiene más pacientes que el área 9, la diferencia entre ambas áreas se hace mucho más patente en los pacientes de densidades altas y del 100% de psicoterapia, en cuanto a número de pacientes: la mayoría de pacientes de más que hay en el Área 3 son de densidad alta o 100% de psicoterapia. Estos pacientes pueden corresponder con pacientes que hacen episodios cortos o muy cortos, puesto que el 100% de psicoterapia está relacionado inversamente con la cantidad de contactos realizados por un paciente.

El **13,34%** de los pacientes han tenido psicoterapia en el 100% de los contactos, aunque han podido tener episodios de un solo contacto.

Con respecto a las densidades de psicoterapia y género, presentan similitudes en la distribución, de manera que la densidad media de psicoterapia es igualmente predominante en ambos sexos (mujeres el **23,4%** y hombres el **23,7%**), así como el resto de las densidades: **9,2%** mujeres vs **10,2%** hombres para densidad baja, **15%** mujeres vs **17,7%** hombres para densidad alta y **13,8%** mujeres y **15%** hombres para la densidad del 100%: esto significa que de si bien las mujeres son más frecuentes como pacientes de salud mental y como usuarias de psicoterapia, entre los grupos de hombres o mujeres que ya reciben psicoterapia el comportamiento en cuanto a la cantidad de la misma es homogéneo.

Esta predominancia de la densidad media de psicoterapia no sólo se mantiene en ambos sexos, sino que también se mantiene en todos los rangos de edad: en todas las edades estudiadas el mayor número de pacientes han recibido densidad media de psicoterapia.

Al analizar las edades de los pacientes que reciben psicoterapia, en todas las densidades encontramos una gran proporción de pacientes de 25-46 años por encima de todas las demás edades, que resulta ser el rango de edad al que más pacientes pertenecen. Sólo existe una superioridad de la edad de 0-25 años en la alta densidad de psicoterapia.

Hemos querido observar si las densidades de psicoterapia han variado en función del número de contactos, y esto parece ser lógico en determinadas densidades. Por ejemplo, en los pacientes que solo han hecho un contacto, la densidad de psicoterapia tiene que ser necesariamente **100%** si ha sido un contacto psicoterapéutico. Por esta razón, cuando analizamos episodios de un solo contacto, todos los pacientes que han recibido psicoterapia son de densidad del **100%**. Cuando analizamos pacientes que han hecho 2 o 3 contactos, la densidad de **100%** de psicoterapia se ve representada por muchos pacientes también, concretamente el **31,92%** de los pacientes que han hecho de 2 a 3 contactos han recibido psicoterapia en todos los contactos. Sin embargo, la densidad media sigue siendo la predominante cuando ha habido 2 o 3 contactos: el **51,47%** de los mismos han recibido psicoterapia de densidad media.

Cuando se han hecho más de 2 contactos, hasta incluso 100 contactos o más, la densidad predominante en número de pacientes es la densidad media. La mayoría de los pacientes, siempre que hagan más de 2 contactos, reciben tratamientos psicoterapéuticos de densidad media. En general el número de pacientes va decreciendo a medida que hay más contactos, como ya reseñamos anteriormente, hay más pacientes que hacen pocos contactos que pacientes que hacen muchos contactos.

Si bien la cantidad de pacientes que hacen psicoterapia de densidad del 100% va decreciendo a medida que aumenta la cantidad de contactos, la densidad alta de psicoterapia experimenta un comportamiento inverso al de 100% de psicoterapia hasta la cantidad de 8 a 15 contactos, a partir de la cual viene a decrecer también la densidad alta de psicoterapia (en número de pacientes) paralelamente al aumento de número de contactos. Este hallazgo podría explicarse por la existencia de psicoterapias de corte breve. Las psicoterapias breves pretenden una resolución focal del conflicto del paciente en unas 10-12 hasta 15 sesiones. Estas psicoterapias tienen dentro de su proceder, normalmente, la planificación de la finalización de las mismas en un número determinado de sesiones. Es probable que estas psicoterapias de corte breve tengan necesidad de atención farmacológica, y que estos pacientes reciban alta densidad de psicoterapia, no del 100% porque en algunos de los contactos han podido no recibir psicoterapia, y sí medicación. La alta densidad decrece en número de pacientes a partir de los 16 contactos, de manera constante a medida que crece el número de contactos.

Existen diferencias en estos comportamientos cuando se separan los datos por áreas de salud que cuando se observan estos de forma global, de manera que en el Área 3 se ve con claridad que la densidad alta que veníamos a relacionar con terapias de corte breve son proporcionalmente más frecuentes en número de pacientes que las psicoterapias de densidad media en los rangos de 4-7, 8-15 y 31-100 contactos, pero a partir de 100 contactos vuelve a ser la densidad media la que tiene proporcionalmente más pacientes. En el Área 3 esta densidad media (número de pacientes) crece paulatinamente en relación al resto de densidades a medida que aumenta el número de contactos.

En el Área 9, si bien encontramos la misma tendencia en la densidad alta de psicoterapia en cuanto al número de pacientes, es decir un número creciente de los mismos a medida que hay más contactos, hasta un máximo desde el que se decrece, este máximo se da con menos contactos en el Área 9 que en el Área 3 y además la curva es mucho menos acentuada: comienza a haber menos pacientes de densidad alta a partir de los 4-7 contactos: además en los pacientes de más de 100 contactos encontramos una inesperada proporción de densidad alta. En este Área 9 la densidad media de psicoterapia es claramente predominante en cuanto al número de pacientes en todas las secciones por número de contactos, excepto en la sección de “1 contacto”, que sólo puede ser “psicoterapia si” o “psicoterapia no”, es decir 100% ó 0%, y presenta también una trayectoria ascendente hasta un pico en el 16-30 contactos, para luego descender. Además marca un parecido comportamiento al que tiene la densidad alta en el Área 3, cuando esta densidad alta en el Área 9 lo tiene, pero menos marcado.

Como observaciones sobre las densidades de psicoterapia en el Área 3, podemos plantear las siguientes observaciones:

La densidad alta de psicoterapia asciende hasta un número de 16-30 contactos, posiblemente nutrida en parte por aquéllos pacientes que al aumentar el número de contactos ya no hacen 100% de psicoterapia en sus episodios.

La densidad 100% de contactos decrece linealmente a medida que aumentan los contactos, probablemente por la dificultad de aplicar psicoterapia en todo contacto al haber más: estos pacientes engrosan la densidad alta. Esto ocurre tanto en el Área 3 como en el Área 9.

La densidad media de psicoterapia se mantiene estable en número de pacientes hasta que empieza a decrecer la densidad alta: es entonces cuando la densidad media empieza a crecer, probablemente nutrida por los pacientes de densidad alta que a medida que hacen más contactos hay menor probabilidad de que todos hagan psicoterapia. Estos pacientes, cuando empiezan a recibir psicoterapia en menos de 2/3, pasan a hacer densidad media. La densidad baja crece a medida que hay más contactos.

Al mirar los pacientes divididos por densidades, se cumple que en todas las densidades hay menos pacientes a medida que hay más contactos, excepto en la densidad alta, tanto en el Área 3 como en el Área 9.

5.18 Densidad de psicoterapia por géneros.

Cuando observamos los datos correspondientes a las densidades de psicoterapia separados por géneros, encontramos que son muy similares entre sí, ambos géneros reciben la psicoterapia de manera muy semejante entre si. En ambos sexos hay una predominancia de la densidad media de psicoterapia, en cuanto al número de pacientes. Tanto la densidad media como la densidad del 100% decrecen en número de pacientes a medida que aumenta el número de contactos, y como ya se observó antes de desglosar por géneros, la densidad alta de psicoterapia muestra un crecimiento desde los 2-3 hasta los 16-30 contactos, para luego decrecer: esto podría ser la consecuencia de la aplicación de psicoterapias de cortes breves más otro tipo de intervenciones, quizás farmacológicas.

La psicoterapia de baja densidad disminuye de manera absoluta a medida que aumenta el número de contactos, al igual que otras densidades, pero de forma relativa se mantiene constante con un sutil aumento cuando los contactos son mas de 31. El paralelismo entre los hombres y las mujeres una vez estos pacientes están recibiendo psicoterapia es muy llamativo.

De la misma manera, a medida que aumenta el número de contactos, en todas las densidades excepto en la alta (que manifiesta el ya explicado comportamiento), se ve un lineal decremento en el número de pacientes

6.CONCLUSIONES

Sobre las hipótesis planteadas hemos concluido lo siguiente:

Conclusión 1:

En los servicios de salud mental estudiados la psicoterapia se utiliza en un porcentaje muy elevado de los pacientes (**63,1153%**) y de los contactos (**52,32%**). La prevalencia de la psicoterapia en la población de referencia en el período estudiado es de un **8,114%**.

Conclusión 2:

La psicoterapia se utiliza con mayor probabilidad en las categorías diagnósticas para las que se considera tratamiento de primera elección (TCA y Trastornos adaptativos) en las que la mayoría de los contactos son psicoterapéuticos.

Conclusión 3:

Hay también una gran cantidad de actividad psicoterapéutica dedicada a condiciones que incluyen la intervenciones psicosociales como un elemento de un tratamiento integrado como en la Esquizofrenia aunque en estas hay una proporción de contactos no psicoterapéuticos mayor que en los anteriores.

Conclusión 4:

La proporción de pacientes tratados con psicoterapia o de actos asistenciales psicoterapéuticos se mantiene constante, en torno al **50%**, entre dispositivos y a lo largo del tiempo de 1985 a 2005, y no hemos detectado gran variabilidad entre equipos y profesionales. La variación estacional detectada se explica por la presencia de menor número de profesionales en los períodos de vacaciones

Conclusión 5:

La modalidad más frecuente es la psicoterapia individual (**79,03%** de los contactos psicoterapéuticos), seguida de psicoterapia de grupo (**19,62%**) y la de familia (**1,35%**)

Conclusión 6:

El perfil de usuario de la psicoterapia más probablemente encontrado en nuestra población es mujer, soltero/a de mediana edad lo que es congruente con publicaciones hasta el momento existentes.

7. BIBLIOGRAFIA

1. BOE. Real Decreto 1030/2006. 16/09/2006;nº 222
2. FEAP. Documento base de FEAP Psicoterapia en el sistema nacional de salud (SNS) 2007.
3. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ*. 2006 Apr 29;332(7548):1030-2.
4. Lambert MJ, Shapiro, D.A., & Bergin, A.E. . The effectiveness of psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 1986.
5. da Silva PF, Blay SL. Prevalence and characteristics of outpatient psychotherapy use: a systematic review. *J Nerv Ment Dis*. 2010 Nov;198(11):783-9.
6. Olfson M, Pincus HA. Outpatient psychotherapy in the United States, I: Volume, costs, and user characteristics. *Am J Psychiatry*. 1994 Sep;151(9):1281-8.
7. Brugha TS, Bebbington PE, Singleton N, Melzer D, Jenkins R, Lewis G, et al. Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2004 Nov;185:378-84.
8. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Pincus HA. National trends in the use of outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2002 Nov;159(11):1914-20.
9. Briffault X, Sapinho D, Villamaux M, Kovess V. Factors associated with use of psychotherapy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Feb;43(2):165-71.
10. Olfson M, Pincus HA. Outpatient psychotherapy in the United States, II: Patterns of utilization. *Am J Psychiatry*. 1994 Sep;151(9):1289-94.
11. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Jan;40(1):3-5.
12. Kovess V, Sapinho D, Briffault X, Villamaux M. [Psychotherapeutic practices in France: results of a professional-based health insurance participant survey]. *Encephale*. 2007 Jan-Feb;33(1):65-74.
13. Al-Sharbaty Z, Hallas C, Al-Zadjali H, Al-Sharbaty M. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Patients attending Psychotherapy in a Tertiary Care Hospital in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2012 Feb;12(1):25-32.
14. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Dec;67(12):1265-73.
15. Gonzalez HM, Vega WA, Williams DR, Tarraf W, West BT, Neighbors HW. Depression care in the United States: too little for too few. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Jan;67(1):37-46.
16. van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwijk HW, Beekman AT, de Haan M, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 May-Jun;26(3):184-9.
17. Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2010 Dec;167(12):1456-63.
18. Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*. 2009 Nov;47(11):910-20.
19. Fernández Liria A. VMN, García Álvarez J. LC. La implantación del registro de casos psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1994;Vol 14(No 51):569-82.
20. Fernandez Liria A. Memoria Final sobre el RCAP de la Comunidad de Madrid Áreas 3 y 9. 2011.
21. Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Aug;65(8):962-70.
22. Goldberg D HP. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. 1980:37.

23. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec;177:486-92.
24. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011 Aug;45(8):1027-35.
25. Olfson M, Marcus SC, Wan GJ, Geissler EC. National trends in the outpatient treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 2004 Sep;65(9):1166-73.
26. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602.
27. Norton PJ, Price EC. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Jun;195(6):521-31.
28. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007 Jun;164(6):922-8.
29. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry*. 2006 Jan;188:13-20.
30. Baldessarini RJ, Vieta E, Calabrese JR, Tohen M, Bowden CL. Bipolar depression: overview and commentary. *Harv Rev Psychiatry*. 2010 May-Jun;18(3):143-57.
31. Gonzalez-Isasi A, Echeburua E, Mosquera F, Ibanez B, Aizpuru F, Gonzalez-Pinto A. Long-term efficacy of a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder: a pilot study. *Psychiatry Res*. 2010 Apr 30;176(2-3):161-5.
32. NICE. The treatment and management of depression in adults. NICE guidelines. 2009. NICE Guidelines.
33. Guíasalud. 2014.
34. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Dec;76(6):909-22.
35. Berta Moreno Küstner JFG, Paz López Herrero, Francisco Torres González Características sociodemográficas de una cohorte de pacientes esquizofrénicos del Area Salud Mental Granada Sur. *Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*. 2003;24(4):24-30.
36. Alberto Ortiz Lobo BGaM, Carolina Lozano Serrano (Coord. Ander Retolaza). *Trastornos Mentales Comunes: manual de orientación*. . 2009(Las consultas sin patología en salud mental):97-108.
37. Ortiz Lobo A. *Hacia una Psiquiatría Crítica*. Editorial Grupo 5 2013.
38. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):417-28.
39. Arenas M. Carmen PA. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*. 2009 Dic;3(1):20-9.
40. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Oct;62(10):1097-106.
41. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348-58.
42. M.A. Peláez Fernández FJLE, R.M. Raich Escursell. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión.

43. Scott KM, Wells JE, Angermeyer M, Brugha TS, Bromet E, Demyttenaere K, et al. Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychol Med*. 2010 Sep;40(9):1495-505.
44. guidelines N. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care 2006;38.
45. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord*. 1997 Aug;45(1-2):19-30.
46. Pietrzak RH, Kinley J, Afifi TO, Enns MW, Fawcett J, Sareen J. Subsyndromal depression in the United States: prevalence, course, and risk for incident psychiatric outcomes. *Psychol Med*. 2013 Jul;43(7):1401-14.
47. Vázquez GH, et al. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2010;doi:10.1016/j.jad.2010.10.012.
48. Rohan KJ, Lindsey KT, Roecklein KA, Lacy TJ. Cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination in treating seasonal affective disorder. *J Affect Disord*. 2004 Jun;80(2-3):273-83.
49. Rohan KJ, Roecklein KA, Tierney Lindsey K, Johnson LG, Lippy RD, Lacy TJ, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Jun;75(3):489-500.